

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

BAZÁLNÍ STIMULACE V INTENZIVNÍ PÉČI
VYUŽITÍ BIOGRAFICKÉ ANAMNÉZY

Bakalářská práce

Autor práce: **Lucie Křepelková**

Vedoucí práce: **PhDr. Michaela Schneiderová**

2012

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

BASAL STIMULATION IN INTENSIVE CARE
USE OF THE BIOGRAPHICAL ANAMNESIS

Bachelor's thesis

Author: **Lucie Křepelková**

Supervisor: **PhDr. Michaela Schneiderová**

2012

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

PODĚKOVÁNÍ:

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce **PhDr. Michaele Schneiderové** za odbornou radu a pomoc. Dále personálu ONN a. s. zejména pak sestřičkám na INT – JIP, CHIR – JIP, NEUROL – JIP, JIP Broumov a ARO za pomoc a ochotu při vyplňování dotazníků a zjišťování informací. A v neposlední řadě hlavní sestře ONN a. s. Mgr. Renatě Duškové za povolení průzkumného šetření na půdě ONN a. s. Největší díky patří těm, kteří mi studium vůbec umožnili a to je kolektiv sester ARO v čele se staniční sestrou Petrou Hrubou (Ditou Hanzlovou) a vrchní sestrou Šárkou Volšíkovou, těm děkuji za trpělivost a ochotu sdílet se mnou útrapy a úpravu služeb v době mého studia.

V Hradci Králové.....

OBSAH

I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Koncept Bazální stimulace	9
1.1 Vznik konceptu	9
1.2 Vývoj konceptu ve světě	10
1.3 Vývoj konceptu v České republice	10
1.4 Podstata bazální stimulace	11
1.5 Desatero bazální stimulace	13
1.6 Cíle konceptu bazální stimulace	14
2 Centrální nervová soustava v bazální stimulaci	15
2.1 Vnímání	15
3 Biografická anamnéza	17
3.1 Předpoklady terapeutů pro získání a vyhodnocení biografických dat	19
3.2 Ošetrovatelská péče a biografie	19
3.2.1 Plánování ošetrovatelské péče	20
3.2.2 Dokumentování ošetrovatelské péče	21
4 Prvky bazální stimulace	21
4.1 Somatická stimulace	22
4.1.1 Iniciální dotek	23
4.1.2 Somatická stimulace zklidňující	24
4.1.3 Somatická stimulace povzbuzující	26
4.1.4 Neurofyziologická stimulace (koupel)	28
4.1.5 Symetrická stimulace	29
4.1.6 Rozvíjející stimulace	30
4.1.7 Diametrální stimulace	30
4.2 Polohování	32
4.2.1 Poloha mumie	34
4.2.2 Poloha hnízdo	35
4.3 Masáž stimulující dýchání (MSD)	36
4.3.1 Kontaktní dýchání	37
4.4 Vestibulární stimulace	38
4.5 Vibrační stimulace	39
4.6 Optická stimulace	40

4.7 Auditivní stimulace	41
4.8 Orální stimulace.....	42
4.9 Olfaktorická stimulace.....	44
4.10 Taktile – haptická stimulace	45
II. EMPIRICKÁ ČÁST	47
5 Cíl práce	47
6 Metodika práce	47
6.1 Zdroje odborných poznatků.....	47
6.2 Charakteristika souboru respondentů	48
6.3 Užitá metoda šetření	48
6.4 Realizace výzkumu.....	49
6.5 Zpracování získaných dat	49
7 Interpretace dat	50
Diskuze	79
Závěr	83
Anotace	85
Použitá literatura a prameny	87
Seznam obrázků.....	90
Seznam tabulek	91
Seznam grafů	92
Seznam příloh	93

ÚVOD

Bazální stimulace (dále BS) prokázala v posledních několika letech velké úspěchy nejen na poli pedagogickém, ale i pediatrickém. Díky svým jednoznačně prokazatelným účinkům (u zdravých i nemocných lidí) byla přenesena do celé řady dalších zdravotnických oborů (např. neurologie, neonatologie, geriatric, rehabilitace,... až po intenzivní péči). Postupně tak expanduje z Německa do celého světa, až po Českou republiku nevyjímaje.

V současné době si získává oblibu u laiků, nelékařských zdravotnických pracovníků, lékařů, ale i dalších odborníků z řad multidisciplinárního týmu působících v klinické praxi u nemocných pacientů.

Není proto výjimkou, že i Oblastní nemocnice Náchod a. s. se stala na podzim 2011 jedním ze supervidovaných zařízení bazální stimulace v České republice, konkrétně anesteziologicko-resuscitační a interní oddělení (dále jen ARO). Nezávazně na proběhlé certifikaci (zadání bakalářské práce vypracováno v létě 2011) jsem se rozhodla provést empirické průzkumné šetření v intenzivních oborech zmíněné nemocnice a zmapovat tak povědomí i užívání bazální stimulace na této půdě.

Tuto práci i samotný obor intenzivní péče jsem si vybrala právě proto, že k ní mám sama velmi blízko. Jsem jedním ze zaměstnanců anesteziologicko-resuscitačního oddělení, jehož část prošla základním kurzem BS. Ve své každodenní péči o klienty se snažím BS integrovat do praxe, v níž si našla své místo a využití, které přináší úspěchy. Svými základy bazální stimulace posunuje ošetrovatelskou péči o krok vpřed, motivuje personál ke kreativě a rozšiřuje možnosti terapie.

Obsah práce je rozdělen na dvě části (teoretickou a empirickou). **Teoretická část** souhrnně popisuje vznik a historii konceptu Bazální stimulace v ČR a ve světě, základní principy konceptu a jeho neopomenutelný význam v klinické praxi. Dále se zabývá rozdělením metod konceptu a jeho jednotlivými prvky s ohledem na intenzivní medicínu. V neposlední řadě rozebírá důležitost a význam biografické anamnézy a spolupráce s rodinou nemocného.

Empirická část práce je věnována průzkumnému šetření pomocí nestandardizované (originální) dotazníkové metody u všeobecných sester pracujících v intenzivních oborech Oblastní nemocnice Náchod a. s. Hlavním cílem je zmapovat nejčastěji užívané prvky konceptu BS, povědomí a současnou aplikaci biografické anamnézy, Zmapovat zkušenosti a vědomosti všeobecných sester v intenzivní péči

s konceptem BS, současnou situaci ve vzdělávání u všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče a ARO v oblasti bazální stimulace a spolupráci lékařů v intenzivních provozech ONN a. s. z pohledu sestry.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Koncept Bazální stimulace

Bazální stimulace (dále jen BS) je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. (Sedlářová, P., 2008) Jedná se o péči, která nejen svým působením podporuje léčebný proces, ale může být, nebo dokonce sama je vlastní terapií. Koncept čerpá z poznatků mnoha vědeckých oborů (především z neurologie, vývojové psychologie, anatomie, fyziologie, speciální pedagogiky a ošetrovatelství).

1.1 Vznik konceptu

Autorem a zakladatelem konceptu je profesor **Dr. Andreas Frohlich** (speciální pedagog, který od roku 1970 pracoval v rehabilitačním centru s dětmi narozenými s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami). Koncept vznikl původně jako podpora rozvoje schopností těžce postižených dětí, zejména jako podpora senzorické komunikace. Základní myšlenka konceptu vychází z poznatků prenatálního vývoje embrya a plodu, zejména vývoje jeho smyslových orgánů a schopnosti vnímat a komunikovat s matkou a okolím. Z pětiletého vědeckého projektu Dr. Andrease Frohliche bylo zjištěno, že základní vrozené schopnosti každého lidského organismu v oblasti percepce poskytují dostatek informací a materiálu pro podporu stimulace vnímání a komunikace. Podstatou je schopnost lidského těla vnímat a přijímat signály, ale také reagovat přes komunikační kanál somatického, vestibulárního a vibračního vnímání. Toto vnímání je autonomní a je prokazatelné již v prenatálním vývoji, kdy dítě vnímá pohyb své matky, dotyky, vibrace i zvuky. (Karolína Friedlová, 2007)

Do ošetrovatelské péče přenesla koncept v 80. letech 20. století profesorka **Christel Bienstein** (zdravotní sestra). Ve své práci navázala na profesora Frohliche, ale také prokázala úspěšnost konceptu u klientů ve vigilním kómatu a zavedla tak nový způsob ošetrovatelské péče do intenzivní medicíny.

Od poloviny osmdesátých let úzce spolupracuje s profesorem Frohlichem. Společně se podílejí na vědeckých projektech v oblasti konceptu bazální stimulace. Aby mohl být koncept plnohodnotně převeden do praxe, vypracovaly systém vzdělávání lektorů konceptu bazální stimulace.

1.2 Vývoj konceptu ve světě

Další spolutvůrci stále se vyvíjejícího konceptu, kteří stáli u zrodu konceptu, pomáhali ho rozvíjet a měnit jsou: Christa Assman, Gabreile Bartoszek, Thomas Buchholz, Brigitte Doner, Michaela Friedhoff, prof. Dr. H. J. Hannich, Brigitte Hemmer, Ute Hensel, Doris Hoffmann, Peter Nydal, prof. Em. Dr. Med. Habil. Lothar Pickenhain, Claudia Scherrer, Ansgar Schurenberg, Elfiede Sturner, Marlis Wedde, Johann Ranneger, priv. Doc. Dr. Med. Andreas Zieger, atd. (Friedlová, 2007)

Nyní je vypracován takový koncept, který může být etablován do ošetrovatelské péče pro klienty, jejichž schopnost vnímání, komunikace a pohybu je silně omezena nebo změněna. Prokazatelné pozitivní výsledky vedly k zájmu odborníků i z jiných oblastí medicíny, díky níž se koncept stal uznávaným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem. Postupným rozvojem konceptu a spoluprací ošetrovatelského týmu se dnes po celém světě pracuje s konceptem, který lze celkem snadno zapojit do každodenní ošetrovatelské péče.

V zahraničí je součástí osnov výuky ošetrovatelství na zdravotnických školách, pracuje se s ním na většině oddělení a je velice uznávaným a oblíbeným konceptem. (Friedlová, K., 2009)

1.3 Vývoj konceptu v České republice

V České republice (dále jen ČR) se první zmínka o konceptu objevila prostřednictvím časopisu Sestra v r. 2000. Autorkou odborného článku byla PhDr. **Karolína Friedlová**. První certifikovaná lektorka konceptu BS v České republice. Do praxe začala zavádět zkušenosti s BS získané při pobytu v Rakousku a v Mnichově, kde pracovala jako zdravotní sestra.

V lednu roku 2003 proběhl na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci první základní kurz bazální stimulace lektorovaný PhDr. Karolínou Friedlovou. Dalšími základními, ale i nástavbovými kurzy prošli nejen pracovníci z oblasti ošetrovatelství, ale také učitelky ze zdravotnických škol, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, lékaři, logopedové a pracující v oblasti speciální pedagogiky.

V roce 2004 došlo k zařazení konceptu do tematických plánů pro studijní program zdravotnický asistent na středních zdravotnických školách a je zohledněn ve Vyhlášce MZČR o stanovení činnosti všeobecné sestry ve Sbírce zákonů č. 424/2001. **Institut Bazální stimulace** pro ČR byl v roce 2005 založen ve Frýdku-Místku a téhož roku proběhla i **první národní konference bazální stimulace** za účasti prof. Christel Bienstein. V současné době pracují s konceptem v České republice různá zdravotnická a sociální zařízení, jejich seznam je možné nalézt na [www. Bazalni-stimulace.cz](http://www.Bazalni-stimulace.cz).

Na podzim roku 2011 do seznamu supervidovaných proškolených pracovišť přibyla i Oblastní nemocnice Náchod a. s., konkrétně pak Interní oddělení a ARO. Supervize proběhla v přátelském duchu, bez problémů a nutnosti náprav či připomínek. Bazální stimulace si našla tak své místo, zejména v provozech intenzivní péče.

1.4 Podstata bazální stimulace

Jak již bylo nastíněno, prapůvod konceptu pochází z výzkumů a poznatků intrauteriního vývoje embrya a plodu. Podstatou stimulace na základní (bazální) úrovni, je u postižených, nebo poraněných pacientů v komatu (nereagují na běžné podněty) pokusit se znova vyvolat bazální paměťové dráhy, které jsou uloženy hluboko v mozkových strukturách a vznikající v průběhu intrauteriního období. Základnou je tedy zejména neurofyzilogický vývoj plodu. (Sedlářová, 2008)

Je prokázáno, že již v 8. týdnu gravidity je zárodek schopen nějakým způsobem (bioelektrickou aktivitou mozku) reagovat na somatické podráždění jemným vláknem na povrchu těla. (Langmeier, J., Langmeier, M., Krejčířová, D., 1998). Od 9. týdne již pohybuje zárodek svých končetin. Od 12. týdne jsou zřetelné pohyby nejen končetin, ale i úst a hlavičky. Ve 4. měsíci plod cíleně zaujímá a fixuje svou pozici v děloze matky. (Sedlářová, P., 2008) Všechny tyto jevy jsou důkazem komunikace plodu s okolím a vývinu somatického vnímání (percepce).

Plod je tedy od raného stádia stimulován **somaticky** (děloha dává pocit hranic těla), **vibračně** (zejména zvuky se v začátku přenášejí jako vibrace, či jako rezonance srdce a dechu matky...) a **vestibulárně** (změna polohy plodu, či matky), postupně se pak přidává stimulace **chut'ová** (plodová voda), **taktilně – haptická** (cumlání palce), a **zraková** (vnímání světla a tmy). (Lapčíková, E., 2007) Toto jsou naprosto základní stimuly, které si zaslouží každý člověk ve stavu, kdy není schopen si tyto stimuly zajistit sám.

Při stanovení ošetrovatelského plánu a diagnostice pacientových deficitů by jsme se neměli zaměřovat pouze na problém a na to, co klient nezvládá, ale stejnou pozornost věnovat schopnostem, **kteřé jsou zachovány**, zaměřit se na ně a dále je **rozvíjet a podporovat**.

Indikace konceptu

Bazálně stimulující ošetrovatelská péče je určena a zároveň se přizpůsobuje nejen věku a stavu, ale i vývojovému stadiu člověka (Kol. autorů, 2006). Je tedy určena všem klientům, u kterých je diagnostikována porucha (omezení) vnímání, pohybu a komunikace. Jedná se o klienty/pacienty:

- s těžkými změnami v oblasti smyslového vnímání
- s těžkými změnami v oblasti hybnosti a komunikace
- v komatózních stavech z jakýchkoli příčin (např. kraniotraumata)
- dlouhodobě upoutaní na lůžko
- neklidné, dezorientované
- v intenzivní péči
- geriatrické klienty
- s demencí
- umírající (hospicová péče)
- po mozkových cévních příhodách
- žáci a děti se speciálními vzdělávacími potřebami
- v neonatologické intenzivní péči

(Friedlová, K., 2010)

Zaměření konceptu

Koncept Bazální stimulace vychází z několika **základních principů**:

- 1) Smysly vnímání se utvářejí postupně.
- 2) Schopnosti a činnosti člověka mají společné neuronální propojení.
- 3) Člověka formují jeho zkušenosti.
- 4) Člověk vnímá tak dlouho, pokud dýchá.
- 5) Nejasné podněty vedou ke snížené schopnosti reagovat. (Friedlová, 2007)

Z těchto základních principů vychází cílená stimulace jednotlivých systémů a **podpora**:

- vnímání vlastního těla
- rozvoje vlastní identity
- umožnění vnímání okolního světa
- umožnění navázání komunikace se svým okolím
- zvládnutí orientaci v prostoru a čase
- lokomoční schopnosti
- zlepšení funkcí organismu
- psychomotorického vývoje člověka
- respektu autonomie člověka
- důstojného prožívání
- umožnit prožívat život v co nejvyšší možné míře kvality (i v těžkých stavech se špatnou prognózou)

(Friedlová, K., 2010)

1.5 Desatero bazální stimulace

Jedná se o základní pravidla bazální stimulace, která by měla být dodržována všemi členy ošetřujícího personálu.

- 1) Privítejte se a rozlučte s klientem, žákem pokud možno vždy stejnými slovy

- 2) Pokud máte u klienta, žáka zaveden iniciální dotek, dotkněte se ho při slovení vždy na stejném místě
 - 3) Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle
 - 4) Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem
 - 5) Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
 - 6) Při rozhovoru s klientem, žákem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (biografická anamnéza)
 - 7) Nepoužívejte v řeči zdvořilostní, není-li na ně zvyklý
 - 8) Nehovořte s více osobami najednou.
 - 9) Při komunikaci s klientem, žákem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí
 - 10) Umožněte klientovi, žákovi reagovat na vaše slova
- (Friedlová, K., 2010)

1.6 Cíle konceptu bazální stimulace

Základem konceptu bazálně stimulující péče je respekt klientovi autonomii. Svými nastavenými cíli umožňuje koncept BS péči, doprovod a podporu klientů se změnami v oblasti vnímání, hybnosti, nebo komunikace. (Friedlová, K., 2007)

Centrální Evropské cíle pro strukturu individuálních plánů péče u poskytovatelů zdravotní péče nebo sociálních služeb či individuálního vzdělávacího plánu žáka se speciálními potřebami byly sestaveny Prof. Dr. A. Frolichem a Prof. Ch. Bienstein v roce 2002. Cíle respektují všechny potřeby člověka tak, jak je znázorňuje Maslowova hierarchie lidských potřeb.

- 1) Zachovat život a zajistit vývoj;
- 2) Umožnit pocítit vlastní život;
- 3) Poskytnout pocit jistoty a důvěry;
- 4) Rozvíjet vlastní rytmus;
- 5) Umožnit poznat okolní svět;
- 6) Pomoci navázat vztah;
- 7) Umožnit zažít smysl a význam věcí či konaných činností;

- 8) Pomoci uspořádat jeho život;
- 9) Poskytnou autonomii a zodpovědnost za svůj život;
- 10) Objevovat svět a vyvíjet se (Friedlová, K., 2010)

2 Centrální nervová soustava v bazální stimulaci

Jen pacient, který v dané chvíli vnímá své tělo, může být schopen za určitých okolností, pokud zvolí ošetřující vhodný komunikační kanál, vnímat své okolí. (Friedlová, K., 2009)

Schopnost uložit a uchovávat informace je jedním z projevů **plasticity** nervového systému. Plasticita je obecnou vlastností nervového systému. Za nejvýraznější se považuje v časném období života. Komplikované vztahy jednotlivých oblastí mozku se vyvíjejí na základě jak genetických informací, tak vlivů zevního prostředí. Pokud je okolní prostředí člověka z jakýchkoli důvodů **málo podnětné**, dochází k senzorické deprivaci. Při současném nedostatku pohybu hovoříme o **senzomotorické deprivaci** (Friedlová, K., 2002, on line). Příloha č. 6 *pohled pacienta na intenzivním lůžku po otevření očí*.

Dojde-li v mozku, nebo míše k poškození neuronů, je tento děj ireversibilní, protože tyto buňky nejsou schopné regenerace, ale díky plasticitě, může dojít ke kompenzaci některých poškozených částí centrální nervové soustavy (dále jen CNS). Bohužel plasticita CNS ubývá s věkem, proto má větší naději na úspěch mladší jedinec (Friedlová, 2007).

Cílená stimulace smyslů a hybnosti dle konceptu BS, může vést ke vzniku nových dendritických spojení v mozku a k nové organizaci v určitých regionech (Pickenhein, 2000)

2.1 Vnímání

Vnímání a jeho stimulace je jedním z teoretických východisek konceptu. Ostatní teoretická východiska (hybnost a komunikace) viz Příloha 7.

Na základě současných vědeckých poznatků bylo zjištěno, že se nejprve vyvíjí vnímání somatické (informuje o těle), dále vnímání vibrací (vnímání chvění) a vnímání

vestibulární (informuje o změně polohy a postavení těla v prostoru), (Fröhlich, 1998). Tyto tři druhy vnímání utvářejí primárně u člověka pocit jistoty.

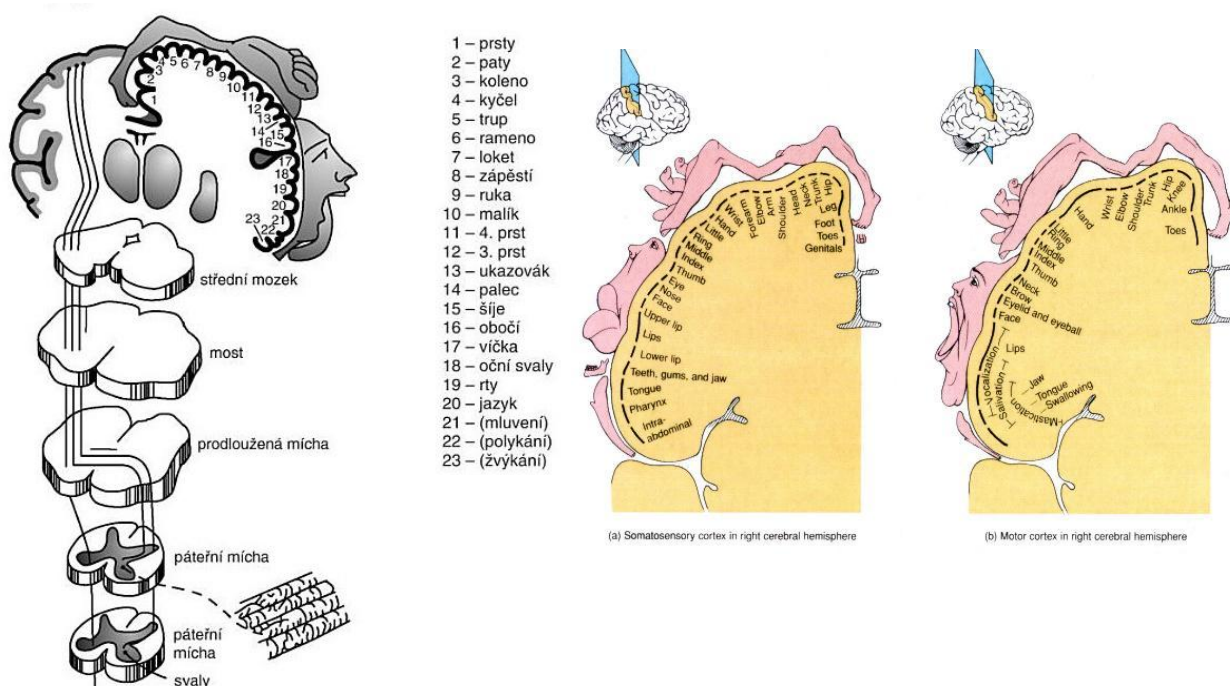
Funkce CNS každého jedince je ve své podstatě totožná, založena na stejných principech, ale výsledná činnost CNS každého jedince je originální a nezaměnitelná. Tato vlastnost je nazývána **identitou** CNS. (Hoppová, P., 2011)

Složitější regulační funkce, jsou funkce **integrační**, jsou možné pouze při zachování vzájemné spolupráce jednotlivých složek systému a jedná se zejména o příjem informací, jejich zpracování a reakce na ně. Veškerý příjem informací se děje pomocí **receptorů** (senzorů) a změny, které na receptory působí, se nazývají **podněty**, nebo také stimuly. (Friedlová, 2009)

Receptory přijímají podnět, přemění ho na vzruch a ten se šíří do mozkové kůry. Když podnět působí na receptor, vzniká v mozku **počitek** – základní prvek vnímání. **Vjem** je soubor počitků, který hodnotí podnět na základě porovnání s předchozí zkušeností – s **paměťovou stopou**.

Mozková kůra vykonává detailní analýzu zevního i vnitřního prostředí organismu. Uchovává v krátkodobé a dlouhodobé paměti většinu přijatých informací. A řídí nebo moduluje naprostou většinu výkonných funkcí CNS.

Obr. 1 Schematické znázornění motorického „homunkula“ a pyramidové dráhy (volně podle Trojan, Lékařská fyziologie, 1994, obr. 16.56, s. 380)



Z obrázku č. 1 je zřejmé, že mozková kůra zpracovává informace z většiny oblastí lidského těla, ale funguje to i opačně. Stimulací těchto částí těla také dochází k aktivizaci velké plochy mozkové kůry, zejména pak orální stimulace, která má velký význam pro korovou aktivitu a má velkou pozitivní odezvu u pacientů v bezvědomí.

3 Biografická anamnéza

Biografie je nejlepší základna pro co nejlepší možné uspořádání současného a budoucího. (citace autorky učebnic ošetrovatelství J. Juchli) Poukazuje tím na to, že má zvláštní význam pro smysluplné uspořádání života, udržení vlastních kompetencí a pro srovnání se s minulostí v poslední fázi života (Unterlagen für Praxisbegleiter Basale Stimulation in der Pflege, 2003), (Friedlová, 2007)

Aby mohly být prvky bazální stimulace, cíleně, účelně a věcně zařazeny do každodenní ošetrovatelské péče, je potřeba znát klientovi základní životní návyky, rituály, zvyky, vědět jak klient odpočíval, co měl rád, co naopak nesnášel.

Každý člověk je jedinečná neopakující se bytost, která se jinak chová v určitých situacích, jinak reaguje. Jeho individualita je formována jeho sociálním okolím a prožitými situacemi. Každý má také svou vlastní autonomii. Pracovat s autonomií klienta, znamená respektovat ho a pochopit. (Friedlová, 2009)

K pochopení klientovy jedinečnosti a zajištění plně profesionální individualizované péče je velice důležitá spolupráce s rodinou a blízkými, nikdo jiný nám neposkytne tak cenné a podstatné informace.

Koncept bazální stimulace zohledňuje biografii klienta, jeho návyky a zvyky. Umožňuje najít společnou konstruktivní cestu terapeutům i klientům pro periodu, během níž se nenacházejí v domácím prostředí. (Friedlová, 2009)

Spolupráce s rodinou a nejbližším sociálním okolím klienta a zařazení biografie do ošetrovatelské dokumentace je **nedílnou součástí individualizované a profesionální péče**. Je důležitá k pochopení klientovy jedinečnosti, nikdo jiný nám tyto podstatné informace není schopen poskytnout. K umocnění významu spolupráce dochází v intenzivních provozech, kdy klient sám není schopen žádné spolupráce a nedokáže poskytnout jakoukoliv informaci o jeho biografii.

Způsobů získávání biografických údajů je několik (od metod rozhovoru až po dotazníky vyplňované sestrou). Nejvýhodnější možností je dotazník, který vyplňuje rodina spolupracující s ošetrovatelským personálem (viz příloha 1 dotazník používaný na ARO, ONN a. s.) Biografické údaje by rozhodně měly být písemně zpracovány, aby byly kdykoli k nahlédnutí a použití každému členovi ošetrovatelského týmu v případě, že plánuje ošetrovatelskou péči a rozhoduje se o aplikaci prvků BS. Dotazník spolu s ostatními dokumenty vhodnými k profesionálnímu vykonávání BS (Realizace výkonů BS a Reakce pacienta na BS), by měl být součástí ošetrovatelské dokumentace (viz Příloha 2).

Při komunikování s rodinou a jejich zasvěcení do konceptu BS je vhodné vytvořit přátelskou atmosféru. Rodinu předem informovat o konceptu a jeho možnostech a poskytnout stručný informační leták o integraci biografické anamnézy do ošetrovatelské péče (viz Příloha 2). Současně poskytnout rodině dostatek času na rozmyšlení a možnost se kdykoliv na cokoliv zeptat. Edukační materiál s případným kontaktem i dotazník poskytnout rodině domů aby si mohli v klidu vše připravit a rozmyslet. Rodina by také měla dostat možnost prodloužených až neomezených návštěv (pokud to umožní dohoda, provoz oddělení a stav klienta).

Příbuzní jsou velice **významným** prvkem léčebného a ošetrovatelského procesu. Potřebují dostat jasné a ucelené informace a ty by jim měl poskytnout právě ošetrovatelský personál a informační leták, či brožura. Někteří si zjistí další informace o konceptu a vracejí se s nadšením, jiní nejprve váhají, ale většinou je spolupráce s rodinou velice dobrá a nenahraditelná.

Významnou součástí práce s biografií u BS je právě přítomnost rodiny, známých hlasů a tváří a jejich péče. Jen oni přesně vědí, kde se dotýkat a kde ne, co říkat, znají jeho smysl pro humor i pro život. Získávání biografie může být dlouhodobý proces, kdy je důležité si získat příbuzné i klienta na svou stranu, získat si důvěru a informace získávat postupně.

Každé pracoviště by si mělo strukturu biografického dotazníku sestavit samo podle skladby klientů, se kterými pracuje. Návrh biografického dotazníku pro ARO viz. Příloha 1

3.1 Předpoklady terapeutů pro získání a vyhodnocení biografických dat

Ošetřujícím aplikující koncept BS se může stát člověk nejen ve všech oborech medicíny, pracující na všech typech pracovišť (lůžková, stacionární, ambulantní či domácí zařízení poskytující péči), kteří přicházejí denně do styku s různými pacienty, klienty, nemocnými, ale také laik, rodinný příslušník, blízká osoba (Friedlová, 2006).

Musí však splňovat určité předpoklady:

- 1) sociální kompetence
 - komunikační schopnosti
 - empatie
 - schopnost aktivně naslouchat
 - schopnost identifikovat nonverbální komunikace
 - schopnost integrovat do péče příbuzné
 - schopnost spolupracovat s jinými týmy
 - trpělivost
 - schopnost aplikovat vytýčené přání, cíle
- 2) intelektuální schopnosti
- 3) organizační schopnosti (Friedlová, 2010, s. 16)

3.2 Ošetrovatelská péče a biografie

Bazálně stimulující ošetrovatelská péče není prováděna na pacientovi, nýbrž se utváří v rámci schopností a možností pacienta a ošetrojících. (Friedlová, 2009)

- 1) Individuální ošetrovatelská péče vyžaduje pochopení pro dobu, periodu, v níž se klient nachází.
- 2) Člověk získává informace pro uvědomění si sebe sama, svého já ze svého okolí, z činů, z předmětů, jež ho obklopují.
- 3) Během života se člověk snaží přizpůsobit svému okolí, popř. okolí svým potřebám, a zvládá více či méně dobře nové situace.

- 4) Díky jistým a stabilním strukturám jako je bydlení, lidé, ke kterým má člověk vztah, nábytek, známá domácí elektronika, technika, obrázky, na které je zvyklý aj., je realita života akceptovatelná.
- 5) Ve stáří a v nemoci se zhoršuje adaptabilita a člověk potřebuje více stabilních orientačních bodů.
- 6) Pokud je člověk hospitalizován nebo je umístěn do domova seniorů nebo zařízení pro osoby se zdravotním postižením, je vytržen ze svých důležitých orientačních struktur. Ztrácí pocit jistoty, je obklopen cizím prostředím a cizími osobami. Většinou má pak jeho den jinou strukturu, zhoršuje se proto orientace, většinou dochází ke ztrátě naděje, zvyšuje se stres, klesá výkonnost – až po rezignaci a ztrátu schopnosti reálně hodnotit situaci.
- 7) Tým poskytující zdravotní péči nebo sociální služby nemůže zcela zachovat zažitý rytmus a strukturu dne klienta, ale přesto má možnosti dezorientovanému člověku pomoci.
- 8) Biografie je důležitý stavební kámen k poznání klientů a pochopení jejich potřeb. Nevyžaduje technické ani perorální náklady, jen v malých dávkách opět zprostředkovat klientovi jeho zážitky z historie. (Friedlová, 2010)

3.2.1 Plánování ošetrovatelské péče

Důležité je cíleně a promyšleně plánovat ošetrovatelské aktivity u pacienta tak, aby ošetřující nepotřebovali více času a hlavně, aby nebyli rušeni. Je také nezbytné zohlednit denní rytmus pacienta a jeho vyčerpanost či naopak připravenost vnímat podněty. Poskytované stimuly by neměly překročit 20 minut, neboť by mohly u pacienta překročit jeho hranice schopnosti se koncentrovat a přijímat podněty. Každá ošetrovatelská aktivita by měla být plánována tak, aby se pacientovi stala příjemným zážitkem. (Friedlová, 2009)

3.2.2 Dokumentování ošetrovatelské péče

Koncept BS znamená pro pacienty nejen ošetrovatelskou, ale také péči vysoce terapeutickou, profesionální, kvalitní, individuální a humánní.

Aby byla zajištěna dostupnost reakcí a změn ve stavu pacienta, kontinuita a systematičnost v plánování péče měla by být vytvořena optimální ošetrovatelská dokumentace. Její tvorba by měla vycházet z charakteristiky oddělení a respektovat skladbu pacientů.

Dokumentace umožňuje vhodné plánování, koordinaci péče a signalizuje vysokou profesionalitu. Do ošetrovatelské dokumentace je vhodné zařadit nejen biografický formulář (dotazník) ale i Realizace výkonů BS (viz Příloha 2) a Záznam reakcí pacienta na BS (viz. Příloha 2) Tímto způsobem je zajištěna dostupnost reakcí a změn ve stavu pacienta pro všechny členy ošetrovatelského týmu a zajištěna kontinuita a systematičnost v péči. Umožňuje zaznamenat reakce pacienta na stimulaci, zda ho některé stimuly příliš zatěžují či ne, jeho reakce a vývoj, stav vědomí, zlepšení pohyblivosti, komunikace s okolím...

4 Prvky bazální stimulace

Bazální stimulace vychází z toho, že každý člověk, s těžkou formou změny vnímání je schopen v **úplně každé situaci alespoň něco některými ze svých smyslů vnímat**. Pro ošetřujícího jsou potom nesnadné a náročné ty situace, kdy pacient nevykazuje žádné akce a reakce. Lidé v tzv. komatu mohou komunikovat pomocí gest (symbolů), např. pohnutí hlavou, změna frekvence dýchání, změna sekrece potu, neklid, libost nelibost, mrknutí...(Friedlová, K., 2009).

Pokud použijeme vhodný komunikační kanál a komunikační formu na úrovni stavu pacienta, je možné zjistit stav jeho vnímání a vědomí. Pro nás zdravotníky, je důležité sledovat a zjišťovat tuto formu i u pacientů zdánlivě bez reakcí, ne pouze u těch reagujících. Pokud pacient přijme naši nabídnutou formu komunikace, bude nějak reagovat, a my bychom měli být schopni tyto reakce rozlišit, analyzovat, respektovat a dále

rozvíjet. Zrychlení srdeční frekvence, nebo mrknutí, může být jedinou možnou formou komunikace pacienta v daném stavu. (Friedlová, 2007)

Obr. 2 znázorňuje základní dělení jednotlivých prvků BS na prvky základní a nastavbové.

Obr. 2 Rozdělení prvků BS

Základní prvky	Nastavbové prvky
Somatická stimulace	Optická stimulace
<ul style="list-style-type: none"> • Zklidňující 	Auditivní stimulace
<ul style="list-style-type: none"> • Povzbuzující 	Orální stimulace
<ul style="list-style-type: none"> • Neurofyzilogická (Bobath) 	Olfaktorická stimulace
<ul style="list-style-type: none"> • Symetrická 	Taktilně-haptická stimulace
<ul style="list-style-type: none"> • Rozvíjející 	
<ul style="list-style-type: none"> • Diametrální 	
<ul style="list-style-type: none"> • Polohování 	
<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktní dýchání a MSD 	
Vestibulární	
Vibrační	

4.1 Somatická stimulace

Podkladem pro tuto stimulaci je základní lidská schopnost, dotýkat se a současně doteky přijímat a s nimi komunikovat. Dotyk by měl být cílený, jistý, zřetelný a kvalitní, aby nevyvolával v pacientovi pocit nejistoty a zmatek. Ruce terapeuta jsou komunikačním médiem a mohou tak pacientovi pomoci získat důležité informace o sobě samém. Kvalitní stimulací tělesného schématu, dojde k uvědomění si svého těla a jeho zakončení. Díky schopnosti uvědomit si sebe sama a tento vjem uložit do paměti se vyvíjí u člověka jeho identita (uvědomění si svého já) (Friedlová, 2007).

Jedná se zejména o různé způsoby polohování a doteků v posteli či v křesle, nebo závěsných houpacích vakách s použitím různých materiálů, které postiženému pomáhají uvědomit si zřetelně tělesné hranice (vhodné velkoplošné dráždění žílkou). Ošetřující si

musí uvědomit, že jejich ruce jsou pro pacienta spolu s podložkou, na které leží, médiem, se kterým má pacient nejčastější kontakt. (Friedlová, 2003)

4.1.1 Iniciální dotek

Ruce tvoří důležitý aspekt okolního světa. Doteky ošetrovatelského personálu jsou v intenzivní péči velice časté, ale různých kvalit. Pacientovi se v tomto případě dostávají různé informace z okolí právě přes doteky ošetřujícího personálu, a pokud trpí poruchou vnímání, nemůže tyto informace adekvátně zpracovat. Tyto dotyky mu pak způsobují pocit nejistoty. Ruce mohou tedy poskytovat různé informace. Lehké, povrchní doteky neinformují, ale iritují, stejně tak doteky intenzivní, rychlé a letmé. Doteky by měli být zřetelné a přiměřené situaci, protože naše ruce mohou pacientovi umožnit vybavení vzpomínek. Doteky jsou výměnou informací mezi lidmi.

Je důležité umět vysledovat, zda jsou doteky vnímány příjemně či nepříjemně. Také určitá místa na těle jsou zvláště citlivá na dotek druhého. Na těle má každý člověk několik různých dotekových oblastí (zón), z nichž některé jsou velice intimní (např. obličej a oblast genitálií). Tyto oblasti jsou individuální záležitostí, a proto je důležitá spolupráce s rodinou a blízkými. Vyvolání nelibých pocitů u pacienta má za následek zvýšení svalového tonu až změnu rytmu vitálních funkcí. Stejně působí i rychlé a do extrému vyvedené polohování. Proto je vhodné v konceptu bazální stimulace polohovat pacient až po předchozí vestibulární stimulaci a ne do extrémních poloh, ale užitím tzv. mikropolohování (Friedlová, 2003)

Dotyky, které nejsou cílené, přicházejí nečekaně, jsou chaotické, mohou v klientovi vyvolat pocit strachu, nebezpečí a úzkosti – pacient se tak stáhne do sebe, zaujme obrannou pozici a nezískáme ho ke spolupráci. Pro **zahájení a ukončení práce s klientem** je vhodné použít tzv. **iniciální dotek**. Je vhodné ho zvolit ve spolupráci s rodinou, nebo na základě biografické anamnézy. Měl by být vždy zřetelný a pevný, doprovázen verbálně. Nejvhodnějším místem je rameno, paže, ruka. Iniciální dotek by měli provádět všichni členové ošetrovatelského týmu. Je třeba ho respektovat a aplikovat před zahájením i po ukončení činnosti u klienta. Jeho lokalizace by měla být zanesena v ošetrovatelské dokumentaci a vhodné je také umístit jednoduchou ceduli se zvoleným místem iniciálního

doteku do bezprostřední blízkosti lůžka tak, aby byla na první pohled viditelná pro všechny pečovatele. Viz Příloha 6, obr.12.

4.1.2 Somatická stimulace zklidňující

Jedná se o metodu somatického zklidnění pacienta. Tento druh stimulace, stejně jako ostatní techniky somatických stimulací lze pohodlně integrovat během toalety klienta do běžné ošetrovatelské péče. Nazýváme jí potom zklidňující koupelí. Tuto stimulaci lze během dne kdykoliv zopakovat např. pomocí tělového mléka, masážního oleje, nebo jenom pomocí párů ponožek, či žíněk (chlupatých, froté) navlečených na rukou. (Friedlová, 2007)

Vychází z fyziologie. Každý chlup i vlas je u kořene obklopen nervovou pletení, která registruje doteky a dodává tuto informaci dále do mozku. Pohyby ve směru chlupů podávají zcela přesnou informaci o tělesné formě, podporují vnímání tělesného schématu a působí zklidnění. (Bienstein, Frohlich, 2003)

Cílem zklidňující koupele může být zejména stimulace tělesného schématu, redukce neklidných stavů, stavů zmatenosti a dezorientace, navození celkového tělesného uvolnění, navázání komunikace a stimulace vnímání.

Pomůcky: běžné, jaké používáme k celkové toaletě na lůžku, ke stimulaci používáme obě ruce, je tedy vhodné použití dvou žíněk navlečených na obě ruce. Lze použít i tělová mléka, masážní oleje, nebo pouze froté ponožky.

Vhodné použít u klientů:

- Se změnou v oblasti mentální s cílem stimulovat tělesné schéma, či navázat komunikaci;
- S těžkým somatickým postižením s cílem stimulovat hybnost a vlastní aktivitu;
- Ve vigilních kómatech s cílem stimulovat vnímání tělesného schématu;
- V kómatech s cílem stabilizovat vnímání tělesného schématu;
- Neklidných či hyperaktivních;
- Úzkostných, ustrašených;
- Se zvýšeným svalovým tonem s cílem uvolnit svalové napětí;
- Se změnami vnímání tělesného obrazu/schématu;
- S tachykardií;

- S poruchami spánku;
- Lze využít jako nefarmakologické tlumení bolesti;
- S Morbus Parkinson a různými typy demencí;
- V preoperační péči s cílem zmírnit úzkost;
- V pooperační péči s cílem redukovat stavy zmatenosti a dezorientace v probouzeční fázi po anestezii (Friedlová, 2007, s. 76)

Technika provedení:

Klienta vždy informujeme o zahájení stimulace adekvátně k jeho schopnosti vnímat a zpracovat informace. Vhodné je zařadit postupné odkrývání pacienta rolováním přikrývky k uvědomění si hranic pacientova těla a respektovat jeho přirozený předpokládaný stud. Koupeli by také mělo předcházet smočení horní končetiny ve vodě, kterou budeme používat k mytí. Sledovat libé a nelibé reakce a po celou dobu komunikovat s pacientem o teplotě vody atd.

Stimulaci můžeme, ale nemusíme začít na obličeji, záleží na stavu klienta. Obličej je intimní zónou a u úzkostlivého klienta by mohl dotyk v této oblasti vyvolat nežádoucí reakci např. ve smyslu zvýšení svalového tonu, či zvýšení úzkosti.

Oblast obličeje stimulujeme nejprve po obvodu současně na obou stranách obličeje. Poté postupujeme na hrudník ve směru od středu trupu k zevní straně, kde mírným tlakem zvýrazníme hranice trupu. Končetiny stimulujeme ve směru růstu chlupů od ramen ke konečkům prsů a opět mírným tlakem působíme na konci každého prstu. Jednotlivé prsty stimulujeme zvlášť. Stejně postupujeme u dolních končetin. Zádá podobně jako hrudník stimulujeme od středu k zevní straně trupu. (Schematické znázornění zklidňující koupele viz Příloha 4) Po celou dobu stimulaci provázet slovem a sledovat reakce klienta, popř. na ně adekvátně reagovat. Po celou dobu stimulace neztrácet kontakt s pokožkou klienta, stimulace je klidná a plynulá a nikdy se klienta nedotýká více lidí současně. Pokožku osušit stejným způsobem, jako byla omyta. Podobně lze využít i asistované koupele, zejména u obličejové části, kdy pomocí úchopu ruky klienta za loket a předloktí, vedu jeho ruku a provádím pohyb jemu známý z minulosti (mytí obličeje). (Friedlová, 2007)

Důležitá pravidla:

- U každé stimulace modulujeme klientovo tělo oběma rukama;
- Během stimulace udržujeme s klientem stálý kontakt;

- Obličej a genitál nemusíme během terapeutické celkové koupele umýt, pokud to situace klienta nedovoluje a prohloubil by se klientův neklid a strach (lze tato místa vynechat a umýt je mimo celkovou koupel během dne);
- Během stimulace bychom neměli odcházet a vůbec bychom neměli být jakkoli rušeni, je vhodné předem maximálně eliminovat možné rušivé elementy;
- V místnosti by měla být příjemná teplota a klidná atmosféra;
- Každá stimulace by měla být, je-li to možné, poskytována jen jedním terapeutem
- Během stimulace bychom neměli hovořit s třetí osobou;
- Pokud klient vykazuje negativní reakci, stimulaci přeručíme a nabídneme mu jinou ošetrovatelskou péči (např. vestibulární stimulaci, která může vést ke zklidnění) (Friedlová, 2007, s. 80)

Možné způsoby reakce klienta:

Změny tepové frekvence či krevního tlaku

Změny na periférii těla (naježení chlupů)

Změna svalového napětí

Zvýšená salivace

Kašel z důvodu zvýšené tracheální sekrece

Slyšitelná střevní peristaltika

Změna sekrece potu (Friedlová, 2010, s. 13)

4.1.3 Somatická stimulace povzbuzující

Jedná se o somatické (dotykové) povzbuzení pacienta. Pro tuto stimulaci platí stejná pravidla jako pro zklidňující koupel, viz kap. 4.1.2 Somatická stimulace zklidňující. Pokud je použita jako koupel, je vhodné použít vodu s nižší teplotou než je teplota těla. Nejteplejším regionem těla je břicho a podpaží a následuje obličej, nejchladnější jsou končetiny. Koupel provádět pouze v jednom směru a to proti směru růstu chlupů, tento pohyb je velice intenzivně vnímán. (Friedlová, 2007)

Tento druh stimulace může být aplikován i jako částečná (stimulujeme jen část těla), nebo kombinovaná stimulace. Tzn. lze použít více druhů stimulací. Je vhodné použít

tuto stimulaci jako přípravu na následné působení fyzioterapeuta, ergoterapeuta, či jen k podpoře klientovy aktivity. (Friedlová, 2007)

Cílem může být stimulace vnímání tělesného schématu, zvýšení úrovně vědomí u pacienta, zvýšení jeho pozornosti, zvýšení svalového tonu, srdeční frekvence a krevního tlaku, podpořit klientovu aktivitu. (Friedlová, 2010)

Pomůcky jsou totožné se zklidňující stimulací viz kap. č. 4.1.2

Vhodné použití u klientů:

- Se změnou v oblasti mentální (těžká a hluboká mentální retardace) s cílem stimulovat tělesné schéma, poskytnout podporu v procesu učení;
- Ve vigilním kómatu;
- V soporu, u somnolentních;
- Depresivních;
- Se sníženým svalovým tonem;
- S bradykardií;
- Apatických (Friedlová, 2007)

Technika provedení:

Před zahájením stimulace klienta opět informovat o zahájení koupele adekvátně jeho schopnosti vnímat a zpracovat informace. Šetrně odkrýt příkrývku, viz výše, a stimulovat smysly ponořením ruky do teplé vody.

Technika provedení je naprosto totožná se zklidňující stimulací, ale postupujeme v opačném směru (proti růstu chlupů) Viz. příloha č. 5 – schéma povzbuzující stimulace.

Oblast obličeje stimulujeme současně po obvodu, na obou stranách obličeje. Pokračovat na hrudník směrem od okrajů trupu ke středu. Končetiny modulovat od konečků prstů směrem k tělu. Záda stejně jako hrudník oběma rukama od hranic trupu k páteři.

Důležitá pravidla:

- Klientovo tělo modulujeme oběma rukama;
- Během stimulace neodcházet a předem eliminovat možné rušivé elementy;
- V místnosti zajistit příjemnou teplotu a klidnou atmosféru;
- Nehovořit během stimulace s třetí osobou;

- Stimulaci poskytovat jedním terapeutem (pokud je to možné);
- Neztrácet kontakt s pokožkou klienta

Možné způsoby reakce klienta:

Změny hemodynamiky (tepové frekvence či hodnoty krevního tlaku – je možné zvýšení systolické hodnoty o 10 – 20 mm Hg, změna na periférii, aj.). Změny sekrece.

4.1.4 Neurofyziologická stimulace (koupele)

Jedná se o somatickou stimulaci dle konceptu Bobath a opět jí lze pohodlně aplikovat do každodenní péče v podobě koupele.

Cílem neurofyziologické stimulace je podpora v paměťových drahách uložených vzpomínek ze svého těla a stimulace mozkových regionů tak, aby si klient mohl uvědomovat i svou postiženou stranu těla. (Pickenhein, 2000)

Stimulace vnímání této tělesné části předchází její aktivizaci. Předpokladem je ale schopnost vnímat nepostiženou stranu těla, aby mohl klient integrovat postiženou stranu těla opět do tělesného schématu. (Friedlová, 2010) Klient musí tedy nejprve vnímat svou zdravou stranu těla, aby si mohl uvědomit, jak se cítí jeho druhá, postižená strana (Bienstein, Frohlich, 2003)

Tento druh stimulace vychází z poznatků konceptu Bobathových, tzv. Bobathova orientovaná stimulace. Cílem tohoto konceptu je vyvolání vzpomínek na pohyb a pohybové vzory, uvědomění si postižené strany těla, obnovení rovnováhy, integrace klienta do běžných denních aktivit a dosažení jeho samostatnosti. (Friedlová, 2007)

Velký důraz při neurofyziologické stimulaci by měl být kladen na zrakovou kontrolu klienta. Měl by po celou dobu opticky kontrolovat a sledovat stimulaci na svém těle. Nejvhodnější polohou je sed s elevací trupu a použití zrcadla, kdy klient může opticky kontrolovat i trup a obličej. Tento druh stimulace lze opět použít i jako asistovanou formu.

Pomůcky jsou totožné jako u předchozích stimulací, nebo jakékoliv jiné koupele. (Friedlová, 2010)

Vhodné použití u klientů:

- S plegiemi a parézami po cévních mozkových příhodách, nejlépe s hemiplegiemi.
- Po mozkolebečních traumatech s následným postižením pohybového aparátu.
- Po operacích mozku a onemocněních s postižením pohybového aparátu.
- V dětském a kojeneckém věku s dětskou mozkovou obrnou, psychomotorickou retardací, vrozenými vadami pohybového aparátu, aj. (Friedlová, 2007)

Technika provedení:

Terapeut stojí na postižené straně těla. Nejprve stimuluje zdravou polovinu těla a poté přenáší vjem na polovinu postiženou. Pracuje symetricky a zvýrazňuje střed těla. Pokud se jedná o asistovanou formu, má klient navlečenou žínku na postižené končetině a asistovaně (s podporou lokte a předloktí) si omyje obličej ve směru od zdravé strany k postižené. Stimulaci obličeje je možné opět zařadit až na konec. Pokračujeme od prstů zdravé ruky (proti chlupu) na hrudník, kde krátce přitlačíme (zvýšíme tlak) a pokračujeme směrem k postižené straně (po chlupu). Dolní končetiny také omýt ve směru od zdravé končetiny k postižené s tlakem na symfýze. Žáda v poloze na boku, klienta otočit na postiženou stranu směrem k terapeutovi a stimulovat opět směrem od zdravé strany k postižené. Viz příloha č. 5 – schéma koupele dle konceptu Bobath.

Důležitá pravidla:

- Klienta verbálně vyzvat k vnímání a uvědomění si své zdravé strany.
- Postiženou stranu stimulovat k vyvolání pocitů.
- Umožnit optickou kontrolu postižené strany.
- Zvýraznit vnímání střední části těla (krátká pauza lehký tlak při přenášení vjemů ze zdravé poloviny těla na postiženou). (Friedlová, 2010)

4.1.5 Symetrická stimulace

Cílem je podpora obnovení vnímání tělesného schématu u klientů s poruchami rovnováhy, a to na základě fixace tělesné symetrie (Bienstein, 2003). Terapeut pracuje synchronně na obou polovinách těla. Např. synchronně stimuluje obě horní končetiny a následně obě dolní končetiny. Důležitá je pozice terapeuta, kterou zaujme u klienta aby

mohl symetricky stimulovat. Před symetrickou stimulací se doporučuje zklidňující stimulace. (Friedlová, 2007)

4.1.6 Rozvíjející stimulace

Měla by být poskytována klientům, jejichž tělesné schéma není stabilizováno nebo je nutno ještě ho rozvíjet. Při této koupelové stimulaci dochází ke zdůraznění symetrie a středu těla. Koupel aplikujeme u předčasně narozených novorozenců a malých dětí do 4 let. Možno také použít u klientů ve vigilních kómatech, u kvadрупlegiků a klientů, kteří jsou dlouho imobilní a jejich tělesné schéma je narušeno. Stimulace se zřetelem na střed těla se provádí právě proto, že u malého dítěte či dlouhodobě imobilního klienta se na toto místo soustřeďuje vnímání těla. (Friedlová, 2009) Je vhodné ji kombinovat a aplikovat při hygieně (např. povzbuzující stimulace)

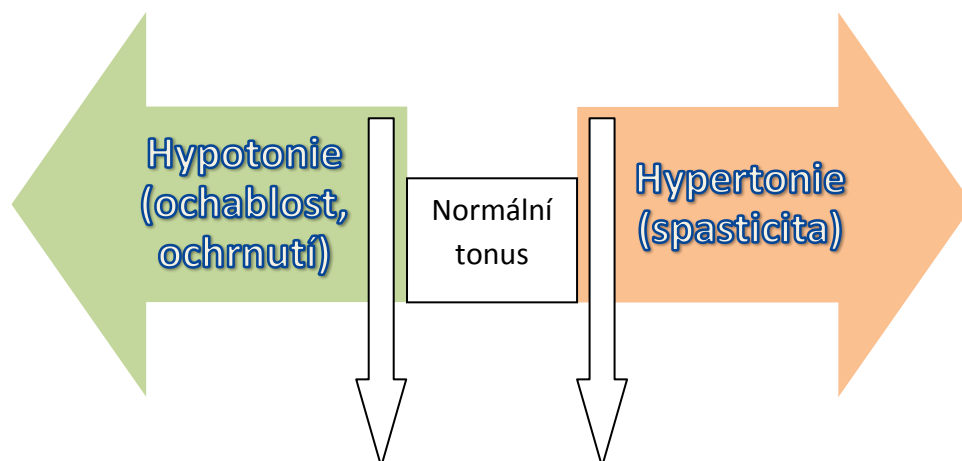
4.1.7 Diametrální stimulace

Jedná se o stimulaci somatickou, ale částečnou, která je aplikována na tu oblast těla, která trpí zvýšeným svalovým napětím. Zvýšený tonus omezuje pohyb v kloubu klienta (Hoppová, 2011). Pokud se kloub nachází určitou dobu ve stále stejné pozici nebo v kloubu dochází jen k minimálním pohybům, objeví se svalové kontraktury. Většina kontraktur při cerebrálním poškození je flekční na horních končetinách a extenční na dolních končetinách. (Friedlová, 2009)

Cílem je redukce svalového tonu a stimulace vnímání tělesného schématu. (Hoppová, 2011)

Svalový tonus bývá zvýšený u centrálních poruch a označuje se jako centrální. Tonus musí být dostatečně vysoký, abychom mohli proti působení gravitace držet tělo vzpřímeně. Zároveň musí být ale tak nízký, abychom se mohli pohybovat. (Friedlová, 2007) viz obr. 3

Obr. 3 – svalové napětí



Faktory zvyšující tonus:

- Hluk, cizí osoby, neznámé zvuky;
- Učení se nové motorické aktivitě;
- Matoucí informace;
- Bolesti;
- Porucha senzibility;
- Chlad;
- Stres;
- Nevhodné polohování;
- Úlek vyvolaný prudkou změnou polohy při polohování, hektickým dotekem, hlasitým oslovením, atd.;
- Únava;
- Strach;
- Emocionální napětí, např. u inkontinence;
- Vztek (Friedlová, 2007)

Použití:

Tento způsob stimulace je aplikován u osob, u nichž zvýšený svalový tonus na horních a dolních končetinách vede k hyperextenzi nebo hyperflexi a následně způsobuje kontraktury. (Hoppová, 2011)

Technika provedení:

Stimulovány bývají zpravidla horní a dolní končetiny, pracujeme současně oběma rukama. Končetiny jsou stimulovány postupně od kloubu předcházejícího po následující. (Při diametrální masáži horní končetiny nejprve uvolníme loketní kloub, zápěstí a jednotlivé prsty). Naše ruce (každá vedena jiným směrem) se setkávají právě v místě kloubu u nějž chceme docílit uvolnění.

Při flekčním postavení končetiny (ohnutí, pokrčení) působíme na svaly na vnitřní straně končetiny dostatečným tlakem ze směru proximálního (blíže k tělu) do směru distálního (od těla). Na svaly na vnější straně pak působíme směrem opačným.

V případě, že jsou končetiny v extenčním postavení, pak jsou svaly na vnitřní straně končetiny stimulovány z distálního do proximálního směru a svaly zevní naopak. (Hoppová, 2011)

Důležitá pravidla:

- Klient by měl být v jemu příjemné poloze;
- Končetinu, která bude ošetřována, volně polohujeme;
- Ruce terapeuta, popř. žínky, mají být teplé, vhodné je stimulovanou část těla předem nahřát;
- Stimulace by neměla být pro klienta ani terapeuta stresová;
- Během stimulace opakujeme pohyby alespoň 3x – 5x (Friedlová, 2007)

4.2 Polohování

Prostřednictvím polohování můžeme klientovi umožnit získat informace o vlastním těle a výrazně stabilizovat vnímání tělesného schématu. Polohováním poskytujeme stimulaci somatickou, ale také vestibulární v důsledku změny polohy a stimulace vestibulárního aparátu. Ale také částečně zrakovou.

Již po 30 minutách klidného ležení se mění vnímání vlastního těla. Člověk ztrácí pocit vlastních tělesných hranic, dochází u něj k poruchám orientace na vlastním těle a následně i těžkým krizím vlastní identity – **degenerativní habituaci**. (Hoppová, 2011) Tzn., že se psychika a vnímání těla nastavily na jednotvárnost a klient ztrácí tělesnou a psychickou orientaci. Stav je umocněn u klientů dezorientovaných.

Následky habituace:

- Poruchy vnímání těla;
- Poruchy tělesné identity;
- Poruchy koordinace;
- Chybná interpretace působení okolí;
- Dezorientace v čase a prostoru;
- Poruchy komunikace;
- Nápadné chování, stavy neklidu až agresivity;
- Poškození intelektu;
- Emocionální změny (deprese);
- Ztráta identity osobnosti (Friedlová, 2007)

Při polohování je potřeba vždy zohlednit, jak pohodlně se klient cítí a autobiografický faktor. Během polohování lze také pracovat s gravitací, váhou těla klienta a různým tempem změny pohybu. (Friedlová, 2010)

V konceptu Bazální stimulace se pro fixaci tělesného schématu užívá k polohování různých pomůcek, jako jsou srolované deky, ručníky a s výhodou perličkové polohovací pomůcky výrazně zvyšující komfort polohování.

Vnímání klienta můžeme stimulovat i minimálními změnami tělesné pozice, jedná se o tzv.

mikropolohování:

- Propletením prstů rukou;
- Položením rukou na hrudník;
- Ohnutím horních končetin k tělu;
- Překřížením dolních končetin (viz příloha 6, obr. 13);
- Polohováním na různě tvrdých a měkkých matracích;
- Malými změnami poloh pomocí srolovaných ručníků a malých polštářů;
- Polohováním pomocí perličkových polohovacích pomůcek (Friedlová, 2007)

Velice výraznou somatickou stimulaci poskytuje klientovi poloha „mumie“ a poloha „hnízdo“.

4.2.1 Poloha mumie

Cílem je umožnit klientovi zprostředkování vjemů ze svého vlastního těla a umožnit mu pocítit jeho hranice. Tuto polohu lze kombinovat s polohou hnízdo a mikropolohováním. V neonatologii je tato poloha účinná zejména u dětí, které se narodily závislým matkám na drogách, či alkoholu.

Kontraindikací k této poloze je klaustrofobie v biografické anamnéze.

Pomůcky: nejideálnější prostěradlo, kapna, či příkrývka, ale pozor na přehřívání klienta.

Indikace:

- Neklidní klienti;
- Agresivní, zmatení klienti;
- Lítostiví, depresivní klienti;
- Dezorientovaní klienti;
- Klienti v dospávací fázi po narkóze;
- Klienti, kteří se probouzejí z komatu;
- Dlouhodobě upoutaní na lůžko, kteří ztratili vnímání hranic svého těla;
- Předčasně narozené děti (imituje tlak děložní stěny) (Friedlová, 2007)

Technika provedení:

Klienta nejprve informujeme. Vhodné je předřadit celkovou zklidňující koupel, nebo stimulaci. Hlavu podložit polštářem. Poloha vleže na zádech, horní končetiny položit na hrudník. Klienta postupně balíme do deky, nebo prostěradla od dolních končetin až po horní část těla. Jednotlivé části prostěradla postupně zakládat pod tělo klienta (mírně utahovat). V horní části prostěradlo fixovat. Sledujeme reakce klienta průběžně, po celou dobu aplikace, popř. zábal mírně uvolnit, či stimulaci přerušit. (Friedlová, 2010)

Tento způsob polohování, lze velice snadno kombinovat s vestibulární stimulací (min. 2 ošetřující uchopí mumii v horní části za prostěradlo a plynulým, pomalým pohybem ze strany na stranu lze stimulovat vestibulární aparát), či polohováním do hnízda.

4.2.2 Poloha hnízdo

Cílem této polohy je stimulovat tělesné schéma, eliminovat následky degenerativní habituace a navozovat u klientů příjemné pocity ve smyslu relaxace a komfortu. Zároveň nabízí pocit jistoty a bezpečí a zlepšení vnímání tělesných hranic.

Pomůcky mohou být různorodé, polštáře, deky, ručníky, prostěradla, s výhodou **polohovací perličkové polštáře**.

Indikace:

- Odpočinek;
- Během noci;
- Po celkové zklidňující koupeli;
- Po vyšetřeních;
- Po dýchání stimulující masáži;
- K navození libého pocitu;
- Ke stimulaci vnímání tělesného obrazu;
- Neklidní a agresivní klienti;
- Dezorientovaní;
- Umírající;
- Klienti v kómatu ke stabilizaci vnímání tělesného schématu;
- Děti – neklidní novorozenci;
- Hypertenze;
- Spasticita;

Technika provedení:

Tato poloha může být aplikována nejen vleže, ale i na boku či v polosedě, sedě a poloze na břiše. Můžeme použít lůžko, ale i křeslo a různé modifikace této polohy. Klienta uložíme do požadované polohy a srolovanými dekami ohraničíme klientovo tělo. Podle počtu pomůcek můžeme modulovat i každou dolní končetinu zvlášť i hlavu. V praxi jsou možné různé modifikace poloh hnízdo i mumie. (Viz příloha č. 6, obr. 14).

4.3 Masáž stimulující dýchání (MSD)

Dýchání je základní lidská potřeba. Změněné dýchání může signalizovat somatické a psychické změny, aktivity, nebo jejich omezení. Dlouhodobě ležící pacienti, nebo lidé se změnou vnímání tělesného schématu jsou ohroženi celou řadou dýchacích obtíží a nedostatků. Dochází přirozeně ke změnám ventilace a distribuce okysličené krve ve smyslu zhoršení, stejně jako ke stagnaci sputa. Dýchací cesty postupně ztrácí svou samočisticí schopnost, svaly atrofují a dýchání se stává obtížným nebo dokonce nemožným, je povrchní a zrychlené.

Nedostatečná ventilace vede ke snížení tělesné síly a energie, tento nedostatek brání člověku vnímat okolní svět a dění kolem něj, ale i sám sebe. (Friedlová, 2007)

Tato masáž má vysokou komunikační hodnotu a je součástí dechové gymnastiky. Během správně provedené masáže dochází k ustálení rytmu dýchání na stejné frekvenci u klienta i terapeuta. Redukuje stavy neklidu a zmatenosti a klidné, symetrické pohyby umožňují navodit klientovi pocit jistoty. Prohloubené dýchání uvolňuje psychosomatické napětí a umožňuje klientům tělesně i duševně se uvolnit. (Friedlová, 2007)

Cílem je dosáhnout klidného, hlubokého a pravidelného dýchání, uklidnit pacienta a navodit pocit jistoty.

Pomůcky: masážní gely, krémy, nebo pouze mýdlo.

Indikace u klientů:

- S povrchním dýcháním;
- S nepravidelným dechem;
- Se zrychlenou nebo zpomalenou frekvencí dechu;
- S bolestí (nefarmakologická možnost tlumení bolesti);
- S depresivními stavy;
- S poruchami spánku;
- Se změnami ve vnímání vlastního těla;
- Se strachem před těžkými operacemi a diagnostickými zákroky;
- S maligní diagnózou;
- V odvykací fázi po umělé plicní ventilaci;
- U klientů, kteří mají CPAP masku, či O2 polomasku;

- Umírajících (Friedlová, 2007)

Technika provedení:

Masáž stimulující dýchání se provádí v rytmu klientova dechu s dostatečným kontinuálním tlakem obou rukou. Primárně volíme pro masáž **záda**, ale je možné použít i ventrální část hrudníku. Nejvhodnější polohou je sed z důvodu uvolnění celé zádové plochy. Poloha by pro klienta měla být pohodlná, nejlépe na židli, křesle, nebo lůžku opírající se o horní končetiny. U ležících volíme polohu na boku či na břiše.

Zahřáté ruce položíme na zátylí klienta a pomalu s tlakem spouštíme ruce podél páteře dolů k sakrální oblasti. Celé opakovat min. 3x. Pokračujeme vytvořením tří mírně se prolínajících kruhů synchronizovaných s dechem. Viz. příloha 5. (Začínáme při výdechu) Během těchto pohybů zvedáme a roztahujeme hrudník do stran. Naše ruce po dobu celé masáže neopustí klientovo tělo. Masáž ukončit opět 3 pomalými tahy podél páteře. Tento způsob masáže vyžaduje precizní nácvik, neboť i malé změny v provedení mohou významně ovlivnit dýchání a stav klienta. (Friedlová, 2010)

4.3.1 Kontaktní dýchání

Jedná se o somatickou techniku, díky níž je klient schopen si uvědomit a regulovat svůj dech.

Tato stimulace je indikována v rámci celkové bazálně stimulující péče, nebo samostatně u neklidných, či tachypnoických klientů. S výhodou se tato metoda používá u malých dětí, kde lze využít kontaktní dýchání hrudník na hrudník. Uvědomění si sama sebe a stimulace vnímání a dýchání je takto umocněna.

Pomůcky pro tuto stimulaci nejsou potřebné vůbec žádné.

Technika provedení:

Lze provést několika způsoby. Použity mohou být pouze ruce terapeuta, nebo ruce klienta či kombinace obou. Terapeut pokládá buď jednu ruku na nivo hrudníku, nebo obě ruce symetricky na hrudník klienta. Doprovází dýchání při nádechu i výdechu. Při výdechu velmi lehce stlačí hrudník. Při stlačení hrudníku je možné přidat vibraci v době výdechu pro podporu vykašlávání. (Friedlová, 2010) I tento způsob stimulace je nutné dobře nacvičit. (Viz příloha 6, obr. 10)

4.4 Vestibulární stimulace

Ke stimulaci rovnovážného ústrojí (vestibulárního aparátu) dochází u zdravého člověka přirozeně kontinuálně během dne. Vestibulární vnímání umožňuje zaznamenávat lineární, rotační a statické pohyby hlavy a informuje nás o naší poloze a pohybu v prostoru. Lidé s omezenou pohybovou aktivitou mají těchto stimulů minimum. Prostřednictvím vestibulární stimulace v rámci konceptu lze zlepšit prostorovou orientaci a vnímání pohybu. (Friedlová, 2010)

Vestibulární aparát, může také, podobně jako somatické vnímání, podléhat habituaci. Ztrátou schopnosti reagovat na změny může dojít ke kolapsům, poruchám orientace v prostoru a na vlastním těle, pacient může trpět nauzeou a změnami svalového tonu.

Je vhodné zařadit tento druh stimulace před každou změnou polohy těla klienta. (Friedlová, 2007)

Cílem je pomocí pohybů endolymfy převádět informace na vestibulární jádra v mozku a zprostředkovat informace o postavení v prostoru, redukovat závrať z otáčivého pohybu, snížit spasmus flexorů a extenzorů a udržet pohyb peri/endolymfy

Indikace:

- Imobilní déle než 3 dny;
- Omezená možnost pohybu;
- Napojení na UPV;
- Vigilní koma;
- Rozvíjející se spasticita extenzorů a flexorů;
- Neklidní;
- Předčasně narozené děti (Friedlová, 2010)

Možnosti techniky provedení:

U ležícího klienta stojí terapeut za jeho hlavou, obě ruce přiloží ze stran hlavy a nepatrnými plynulými pohyby, houpe hlavou ze strany na stranu. Hlava je ve stálém kontaktu s podložkou a terapeut ji pevně fixuje svými rukama, tak aby nezakryl obličejovou část. Pohyb opakovat 3x – 5x. Modifikací jsou houpací pohyby celého těla, např. v poloze mumie, zde je vhodná spolupráce dvou terapeutů. (Friedlová, 2007)

Další možností je spolupráce klienta, který sám, nebo s naší pomocí provádí houpací pohyby na lůžku. Dlaně a plosky nohou opřené o podložku a pohybuje se pomalu ze strany na stranu. (Friedlová, 2007)

Modifikací je pohyb ovesného klasu, kdy terapeut sedí, nebo klečí za klientem, pevně fixuje jeho tělo na svém těle, hlava má opřenou o svůj hrudník a provádí pohyb ve tvaru ležaté osmičky. Tento způsob stimulace je kombinací vestibulární, optické, proprioreceptivní a somatické. (Friedlová, 2007)

Houpadla, houpačky, závěsné látkové houpací vaky či trampolínky – umožňují výrazné působení gravitace na klientovo tělo, popř. vlastní zapojení klienta do aktivity. (Friedlová, 2007)

4.5 Vibrační stimulace

Cílem je stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací (Vaterova-Paciniho tělíska) a receptory hluboké citlivosti – proprioreceptory ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí a kloubů. Vnímání vibrací se děje směrem od periferie do středu a je zcela individuální.

Indikace:

- Vigilní kóma;
- Hluboká mentální retardace;
- Příprava k vnímání pohybu a následně k vertikalizaci a mobilizaci

Pomůcky:

Baterkové vibrátory, holicí strojky, elektrický zubní kartáček, vibrující hračky, vibrující lehátka, sedátka, nebo pouze vlastní ruce, hlas.

Kontraindikace:

Elektrické vibrátory nepoužíváme v péči o gerontologické klienty z důvodu fragility vazů a možnosti mikrotraumatizace. Dále jsou to krvácivé stavy, varixy, poranění a porucha integrace kůže v místě přiložení. (Friedlová, 2010)

Provedení:

Vibrátory přikládáme do okolí kloubů na horních a dolních končetinách či vkládáme do dlaně. Je možné nechat vibrátor působit na matraci a stimulovat tak celé tělo. Pracujeme-li pouze manuálně pokládáme své ruce na kloub klienta tak, že ho držíme po celém jeho obvodu a s přiměřeným tlakem jemně vibrujeme. Modifikací je použití hudebního nástroje, nebo opět využití těsného kontaktu hrudník na hrudník (tělo na tělo),

viz. kap. č. **4.4 Vestibulární stimulace**, či paže položená na hrudník, který se chvěje během zpívání, či mluvení. (Opět se jedná o vibrační, vestibulární a somatickou stimulaci v kombinaci) (Friedlová, 2007)

Místem aplikace může být patní kost, vnitřní nebo zevní strana kolene, pánev, loket, zevní nebo vnitřní strana, rameno, ruka – dlaň. (Friedlová, 2010)

Důležitá pravidla:

Pracovat podél skeletu, postupovat z distálního k proximálnímu směru, klienta intenzivně sledovat, postupovat plynule a symetricky (Friedlová, 2010)

4.6 Optická stimulace

Zrakový a sluchový aparát je nejčastěji využívaným smyslem k poznávání okolního světa a k navázání komunikace. (Friedlová, 2007)

Umožňuje člověku uspořádat své okolní prostředí, orientovat se, poznávat lidi a předměty, prožívat pozitivní vjemy, posílit pocit jistoty, schopnost učit se...

Okolí pacienta v intenzivní péči je prosté až destimulující, stresující a depresivní, viz příloha 6, obr. 1, 2. Jedná se o tzv. **homogenní pole** (Friedlová, 2009) Tento pohled není uložen v paměťových stopách klienta, nemůže ho adekvátně zpracovat a reagovat na něj. Tato frustrace vyvolává další strach, úzkost až agresivní chování.

Vědomou orientaci v prostoru a regulaci motoriky končetin umožňuje konvergence impulzů z vestibulárního aparátu, zrakového čidla, proprioreceptorů a somatických receptorů v oblasti druhé korové arey (Trojan, 2003). Pro orientaci v prostoru a v čase je vhodná dělicí páska, ne stejně barevné stěny, odlišit strop od stěn, hodiny v dohledu atd. viz příloha č. 6, obr. 3, 4.

Pro optickou stimulaci je důležitá jakákoli změna tělesné polohy, někdy stačí změna polohy hlavy, mění se tak úhel zorného pole. Pro orientaci v čase je vhodné umístit do zorného pole klienta hodiny a jemu známé předměty, obrázky (vhodné jsou dětské tvorby pro jejich jednoduchost), fotografie, časopisy atd. I televize a video patří ke zrakové stimulaci v rozumné míře, aby se nestali součástí homogenního pole.

Klienti, kteří se po delší době probouzejí z kómatu se dají kvalitou visu přirovnat k dětem po narození. Nejsou schopni vnímat všechny odstíny barev a detaily. Vývoj postupuje od vnímání světla / tmy, obrysů na krátkou vzdálenost (10 – 15cm), vlastních částí těla, okolí ve větší vzdálenosti (1 – 2m), zřetelných, ostrých kontur předmětů, vnímání barev, nejprve pouze těch základních, později i odstíny. (Friedlová, 2007)

Při aplikaci zrakové stimulace, tak jako u jiných druhů stimulací zohledňujeme biografickou anamnézu. Nejedná se pouze o pasivní vkládání předmětu do zorného pole klienta, ale i aktivní prohlížení různých obrázků, knih, časopisů, fotografií, nebo přesun do jiné místnosti. (příloha 6, obr. 5)

Je nutné sledovat, zda poskytované předměty nevyvolávají negativní emoce a asociace a myslet na to, že pozorování stále stejných objektů vyvolává halucinace a dezorientaci.

4.7 Auditivní stimulace

Sluchový orgán člověka má velký význam pro komunikaci a rozvoj myšlení.

Auditivní stimulaci aplikujeme z různých důvodů a sledujeme různé **cíle**, které se mohou kombinovat:

- Navázat kontakt s klientem;
- Zprostředkovat informace o jeho osobě, jeho těle;
- Stimulovat vnímání klienta aktivizací vzpomínek uložených v paměťových stopách;
- Mobilizovat vzpomínky klienta;
- Budovat u něj pocity jistoty;
- Umožnit orientaci;
- Zvýšit rozlišovací schopnosti sluchového aparátu;
- Naučit novým slovům, řeči (Friedlová, 2007)

K auditivní stimulaci lze využít různých prostředků s ohledem na biografickou anamnézu, např. hlas, hudební nástroj, reprodukováné zvuky.

Řeč – vyprávěná, předčítaná, reprodukována ze záznamu. Je nejpřirozenější auditivní stimulací. Po úrazech mozku nejlépe mluvená nejbližšími z důvodu stimulace paměťových stop. Vhodné je používat normální tón a barvu hlasu a oslovovat klienta běžným navyklým způsobem. Vyprávět např. o dění doma a běžných činnostech. (Friedlová, 2007) (viz příloha 6, obr. 9 Auditivní stimulace)

Hudba – hraná na hudební nástroj přímo u klienta či reprodukována. I v muzikoterapii vycházíme z biografické anamnézy. Můžeme užívat rozhlas (rádio) nebo reprodukovanou hudbu do sluchátek podle toho, co klient preferuje. Uklidňující jsou hluboké tóny. (Friedlová, 2007)

Zpěv – využíván zejména u dětí, či seniorů

Důležitá pravidla:

- Znalost klientových sluchových schopností a také deficitů;
- Znalost klientovy biografie ve vztahu k auditivní stimulaci;
- Redukce rušivých zvuků;
- Nerušit auditivní stimulaci jinými aktivitami;
- Sledovat reakce klienta;
- Netvořit s třetí osobou během puštění televize, či rádia;
- Při oslovování klienta, navazování kontaktu a rozhovoru s ním zohlednit zásady z desatera bazální stimulace (viz kap. 1.5) (Friedlová, 2007)

4.8 Orální stimulace

Ústa jsou nejcitlivější a nejaktivnější intimní osobní zónou. Ústy se detekují jednotlivé chutě, vůně, konzistence a tvary a to již v prenatálním vývoji. Slouží k příjmu potravy, tekutin, dýchání, vnímání chutí, vůní, polibkům, komunikaci, poznávání světa (u dětí) a někdy i jako pracovní nástroj nebo zbraň. (Friedlová, 2009)

Ústa mají schopnost zprostředkovat člověku pocity požitku a rozkoše, mají úzký vztah k čichovému vnímání a zajišťují velice libé pocity spojené s příjmem potravy, proto mají pro většinu lidí zásadní význam. (Freidlová, 2009)

Příjem potravy se skládá z fáze perorální (taktile haptické vjemy, vizuální, čichové a gustační) a orální a v konceptu Bazální stimulace je potřeba tyto fáze zohlednit.

Změny v oblasti vnímání se projevují změnou svalového tonu v oblasti dutiny ústní. Podle aktivity úst lze také usuzovat na stav vědomí, pokud se vnímání posune na nižší úroveň, uvolní se svalový tonus (dutina ústní je pootevřená), čím více je vědomí zastřené, tím méně pohybuje nemocný jazykem, sliny vytékají z úst a dolní čelist padá. Člověk při vědomí má většinou ústa zavřená. (Friedlová, 2007)

Pozitivní stimuly v oblasti dutiny ústní vedou k intenzivní stimulaci vnímání. Příčinou je lokalizace chuťového centra v mozku v blízkosti vigilního centra. Orální a olfaktorická stimulace zřejmě silně prokrvuje topografický region pro ústa a tím také sousední vigilní centrum (Bienstein, Frohlich, 2003)

Příkladem může být i obr. č. 2, kap. 2.1 – který poukazuje na to, jak velká plocha korové oblasti je stimulována pouze ústy.

Orální stimulaci využívá člověk přirozeně, při přemýšlení si pokládá ruku na ústa, hraje si se rty a při nutnosti se delší dobu soustředit vyhledává stimulanty pro ústa, nejčastěji jídlo, bonbony, žvýkačky atd.

Cílem je zprostředkovat klientovi vjemy za svých úst a stimulovat vnímání, zvýšit pozornost a aktivovat paměťové dráhy oblíbenými chutěmi. Orální stimulace není rozhodně synonymem péče o dutinu ústní, nebo nácviku polykacího reflexu, ale je výhodné je vzájemně kombinovat. (Friedlová, 2009)

Pomůcky jsou různé podle biografické anamnézy (různé pochutiny)

Technika provedení:

Je vhodné začít somatickou stimulací obličejové části hlavy, zejména manuální stimulací slinných žláz a rtů. Celé manipulaci samozřejmě předchází iniciální dotek, jako u všech stimulací. Umožnit polohu, ve které se může pacient na své požitky a vjemy nejlépe koncentrovat (nejlépe sed, polosed s mírným předklonem hlavy a mírně uvolněnými rameny). Umožnit ochutnat to, co je mu příjemné, chutě oblíbené a známé (biografická anamnéza + spolupráce rodiny), pozorovat bedlivě reakce. (Friedlová, 2009)

Hygiena dutiny ústní je velice důležitá, klient není schopen rozpoznat, kdy budou ústa čištěna a kdy jen příjemně stimulována. Proto je potřeba i hygienu kombinovat

s prvky orální stimulace a nevnikat do úst násilně s nepříjemnými chuťovými vjemy. Klient ztratí důvěru a poznamená to další orální stimulaci. U čištění dutiny ústní se vyvarujeme použití kovových peánů, pinzet a chuťově nepříjemných tekutin, jako je např. Boraxglycerin. Vhodné je nahradit je molitanovými štětičkami, které jsou přizpůsobené k péči o dutinu ústní a které se také dají dobře použít k orální stimulaci. Použít můžeme ústní vodu, či zubní kartáček a pastu a k ošetření rtů pomádu.

Molitanovou štětičku vložíme do oblíbené tekutiny, či jiné pochutiny a postupně stimulujeme nejprve rty a pozorujeme reakce. Chladná chuťová média stimulují více motilitu jazyka (možno vložit na několik okamžiků do lednice).

Alternativou jsou cucací váčky. Zejména v intenzivní péči, kdy je klient vyživován parenterálně a enterálně nazogastrickou sondou či PEGem. (Friedlová, 2009) Oblíbená poživatina (čokoláda, bonbony, maso, káva, cokoliv) lze vložit do mulového čtverce, mírně smočit minerální vodou a vložit do úst. Mul pevně fixovat. Chutě se působením slin uvolňují. Pozitivní reakcí klienta je, pokud ústa s váčkem zavře, začne si s ním hrát jazykem, nebo začne váček cucat či navodí libý výraz v obličeji. (viz příloha 6, obr. 7, 8) Nikdy nekombinovat více než 3 chutě.

4.9 Olfaktorická stimulace

Vůně a pachy jsou pro člověka hlavním vyvolavatelem vzpomínek. Vůně mohou asociovat vzpomínku na situaci, člověka, období, dětství, věc atd.

Podnětem pro receptorové buňky jsou plynné molekuly sloučenin, které se na receptorových buňkách rozpouštějí ve vodě nebo v tucích. Pro čichový vjem jsou rozlišovány dva prahy.

Pro vnímání – vyvolán nízkou koncentrací vdechované látky (nespecifický čichový vjem)

Pro rozeznání – vyvolán vyšší koncentrací vdechované látky (specifický čichový vjem)

Opět ohromná důležitost biografické anamnézy v psané podobě a spolupráce s rodinou a blízkými – každý člověk má individuální oblíbené vůně. Olfaktorická stimulace úzce souvisí s orální.

U klientů po úrazech hlavy v intenzivní péči a ve vegetativních stavech lze prostřednictvím olfaktorických podnětů umožnit orientaci v konaných činnostech či denní době. U těchto klientů je tento druh stimulace zvláště výrazný. Dochází k podráždění

paměťové stopy a aktivizaci asociačních funkcí mozku. Propojení čichových drah s limbickým systémem má velmi úzký vztah k citovému zabarvení stimulace a hluboké paměťové stopě.

Pro olfaktorickou stimulaci lze využít různých médií. Ale stimuly by neměly být nabízeny kontinuálně, opět by se staly součástí homogenní zóny. Zapojit můžeme vůně spojené s osobní toaletou, jídlem, pitím, ale i vůně z pracovního prostředí, koníčků a zájmů. (viz příloha 6, obr. 6)

4.10 Taktilně – haptická stimulace

Taktilně-haptická stimulace je naprostou přirozeností každého člověka. Neklidný pacient tahající za katétry, žmoulající ložní prádlo a přehazující a rolující lůžkoviny s neklidnými končetinami a hyperaktivitou tak činí pravděpodobně z nedostatku taktilně-haptické stimulace, saturují přirozenou základní lidskou potřebu aktivity, nebo prostě jen potřebují identifikovat předmět, který nahmatali. Další aktivity, které lze pozorovat u insuficience vlastní aktivity je rozepínání košile, svlékání, žmoulání plenkových kalhotek a trhání na malé kousky, žmoulání ubrousku, hra s vlastní stolicí, poklepávání do matrace atd. (Freidlová, 2009) Klient se snaží ve své paměti tyto předměty identifikovat a někam je zařadit, ale některé dříve neznali, což vyvolává pocit nejistoty a strachu.

Ruka je spolu s ústy nejaktivnější částí těla, proto je taktilně-haptická stimulace významná. Nedostatek podnětů v tomto směru vede k nedostatečné aktivizaci senzorické i motorické projekční oblasti mozkové kůry pro ruku a ta je velmi rozsáhlá. (Friedlová, 2007) Viz. obr. č. 2

Předměty k taktilně-haptické stimulaci mohou být z osobního či pracovního života, či oblasti zájmů. Jedná se např. o talismany, hračky, předměty užívané k osobní toaletě, oblíbené předměty spojené s koníčky či zaměstnáním, kelímky, hrnečky, teplo, chlad, mobilní telefon, klíče či jiné předměty chronicky známe z běžného života. Zejména u klientů ve vigilním kómatu tyto předměty významně stimulují paměťovou stopu (Friedlová, 2007). (viz příloha 6, obr. 11)

V závěru teoretické části bych chtěla upozornit na poslední dvě fotografie v příloze 6, usmívající se pacientky, které jsou zde zachyceny, byly obě původně přijaty na ARO

ONN a. s. po vážné autonehodě s těžkým kraniotraumatem , difuzním axonálním poškozením mozku, edémem mozku a dalšími traumatickými změnami celého těla. Obě přijaty v hlubokém bezvědomí s infaustní prognózou. Záslouhou konceptu BS a samozřejmě péče celého týmu se dnes obě těší z kvalitního života, obě chodí, jsou lucidní a schopné se zapojit do každodenních činností. Poslední fotografie nepotřebují jiný komentář. (pozn. obě fotografie jsou pořízeny v průběhu jednoho roku, paní Z v chodítku fotografii zaslala z rehabilitačního zařízení, a slečna V. přišla poděkovat osobně s kyticí růží a úsměvem na tváři). Obě zažili, cítili, vnímaly a viděli věci, které většina lidí nevnímá a nevidí, obě podnikly ohromný kus cesty a obě došly k cíli, Děkujeme.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

5 Cíl práce

Zmapovat zkušenosti a vědomosti všeobecných sester v intenzivní péči s konceptem BS a užití konceptu v ONN a. s.

Dílčí cíle:

1. Zmapovat povědomí a současnou aplikaci (užívání) biografické anamnézy v intenzivních oborech ONN a.s. Popřípadě navrhnout písemný formulář pro použití v praxi.
2. Zmapovat současnou situaci vzdělávání u všeobecných sester na JIP a ARO v konceptu BS.
3. Zmapovat spolupráci lékařů v intenzivních provozech ONN a. s. z pohledu sestry.

6 Metodika práce

Tato kapitola se bude zabývat zdroji odborných poznatků, charakteristikou souboru respondentů, užitou metodou šetření, realizací výzkumu a zpracováním získaných dat.

6.1 Zdroje odborných poznatků

Odborné údaje a poznatky nutné k vypracování dotazníků, grafů a tabulek byly získány prostudováním odborné literatury, zdrojů na internetové síti a diplomových a bakalářských prací. Konkrétně otázky č. 3, 7, 9, 10, 11 byly inspirovány Bakalářskou prací KLIMEŠOVÁ, P. *Basální stimulace v ošetrovatelské praxi*, obhájenou na Lékařské Fakultě Masarykovy Univerzity v Brně v r. 2008. 77s.

Otázky č. 8, 16, 19 – LAPČÍKOVÁ, E. *Příjmová ošetrovatelská dokumentace pro koncept Bazální stimulace v práci sester v geriatrické péči*. Diplomová práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Ostravě v r. 2007. 114s.

6.2 Charakteristika souboru respondentů

Zkoumaný soubor respondentů pro dotazníkové šetření byl vybrán dle následujících požadavků:

1. Vybrané pracoviště ONN a. s. intenzivní obory (ARO + JIP)
2. Všeobecné registrované sestry pracující v intenzivní péči

6.3 Užitá metoda šetření

V bakalářské práci bylo užito průzkumného šetření pomocí kvantitativní výzkumné metody. Pro získání dat byl použit nestandardizovaný dotazník. (viz příloha č. 3) Dotazník obsahuje předem formulované otázky, které slouží k získání potřebných údajů pro průzkumné šetření. Z důvodů zajištění dostatečné objektivity výsledků, je dotazník anonymní. V dotazníku bylo použito celkem 24 otázek (položek) různého druhu:

1. **Uzavřené** – respondent vybírá vhodnou odpověď ze souboru nabízených variant odpovědí. Alternativní, výběr pouze ze dvou variant. Polytomické, výběr je možný z více možností. (Bártlová, 2005)
2. **Otevřené** – nenabízí respondentovi žádné možné odpovědi, respondent je píše sám. (Bártlová, 2005)
3. **Polouzavřené** – kombinace obou předchozích. Nejčastěji doplňující otázky typu: „jiná odpověď....“ (Bártlová, 2005)
4. **Filtreační otázky** – eliminují respondenty, kteří z nějakých důvodů nemohou odpovědět na následující otázku/ky. (Bártlová, 2005) V dotazníku použity u otázek č. 7, 13
5. **Škály** – žádají respondenta, aby řadil zkoumaný problém na určité kontinuum. (Bártlová, 2005). V dotazníku jsou použity **grafické škály** u otázek č. 11 a 23.

Dotazník se celkem skládá ze 4 částí. První část obsahuje úvodní dopis s návodem k vyplnění, kontaktními údaji a poděkováním za spolupráci. Druhá část se věnuje demografickým údajům, třetí část obsahuje informativní dotazy, které odpovídají stanoveným cílům, vědomostní otázka je pouze jedna a to otázka č. 14. Demografickým

údajům se věnují otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, informativní otázky jsou s číslem 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24.

6.4 Realizace výzkumu

V prosinci 2011 byla podána žádost o povolení průzkumného šetření hlavní sestře Oblastní nemocnice Náchod, Mgr. R. Duškové. (viz. příloha č. 10). Této žádosti bylo 10. 1. 2012 vyhověno.

Do průzkumného šetření byla zapojena JIP – chirurgická, JIP – interní, JIP – neurologická a ARO Náchod + multioborová JIP nemocnice Broumov (dále jen Multi-JIP). (Nemocnice Broumov je součástí ONN a. s. proto bylo průzkumné šetření provedeno i zde)

V prosinci 2011 také proběhla pilotní studie. Dotazníky byly rozdány 5 všeobecným sestrám na domovském pracovišti (ARO). Respondentky měly možnost dotazníky připomínkovat a barevně vpisovat návrhy úprav. Zjištěné výsledky vedly k drobným úpravám ohledně formulací otázek, či upřesnění pravidel pro vyplnění. Po schválené žádosti tzn. od 10. Ledna 2012, byly postupně dotazníky dopraveny respondentům. Oslovené byly sestry z ARO, INT – JIP, CHIR – JIP, NEUROL – JIP a poslední i MULTI – JIP nemocnice Broumov. Z celkového počtu 67 rozdaných dotazníků se jich 59 vrátilo, návratnost činila téměř 88%. Dotazníky jsem většinou na oddělení dopravila osobně, k rukám staniční sestry, nebo po předchozí dohodě, jiné kolegyni, zodpověděla případné dotazy a dohodla přibližný termín návratu. Do nemocnice Broumov byly dotazníky odeslány vnitřní poštou.

Dotazníky se vracely postupně z jednotlivých oddělení různými způsoby, poštou, donáškou, potrubní poštou. Návratnost byla bez problémů a spolupráce s jednotlivými vedoucími pracovníky na odděleních byla v tomto směru spolehlivá a bezchybná.

6.5 Zpracování získaných dat

Data získaná z průzkumného šetření v absolutních číslech, jsem zpracovávala do četnostních tabulek pomocí čárkovací metody. Vzhledem k častému použití otázek

s možností mnohočetných odpovědí byla pro mne tato metoda nejpřehlednější. Získané výsledky jsem zpracovala v programu Microsoft Excel do četnostních tabulek a doplnila o výpočty **relativní četnosti**. Absolutní četnost jsem pomocí programu dále znázornila graficky a vytvořila jednotlivé grafy. V některých případech vzhledem k použití mnohačetných odpovědí v dotazníku, jsou ke zpracování použity kombinační tabulky. Výpočet relativní četnosti se vztahuje na počet odpovědí, nikoliv na skupinu respondentů.

Relativní četnost byla počítána pomocí vzorce:

$$f_i = n_i / N$$

f_irelativní četnost

n_iabsolutní četnost

Nčetnost celková

Výsledky šetření jsou zpracovány v kapitole č. 3.

7 Interpretace dat

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem **59** respondentů. Vzhledem k použití filtračních otázek, č. 7 a 12 muselo být u zpracování 8. otázky hodnoceno již jen **56** dotazníků (respondentů), protože 3 respondenti byli otázkou č. 7 vyřazeni (1x multi-JIP, 2x CHIR-JIP). Otázka číslo 9 není filtrační, ale pokud respondent odpoví, že neaplikuje na oddělení prvky Bazální stimulace nelze jeho další interpretaci považovat za validní, tudíž od otázky č. 10 je hodnotitelných již pouze **46 dotazníků**. Zajímavým jevem je skutečnost, že ti co odpověděli, že na svém pracovišti neaplikují prvky BS dále pokračovali ve vyplňování otázek týkajících se aplikace přímo na pracovišti a zjišťujících znalosti a dovednosti ohledně BS. V otázce č. 13 bylo již hodnoceno pouze 40 dotazníků, neboť ot. č. 12 je druhou filtrační otázkou vztahující se pouze k otázce č. 13. Tzn., že ostatní části dotazníku mohou být hodnoceny v počtu 46 respondentů. (Tj. počet dotazníků hodnotitelných a správně vyplněných po deváté otázce).

Všechna data získaná z dotazníkového šetření byla analyzována a uvedena v následujících grafech a tabulkách.

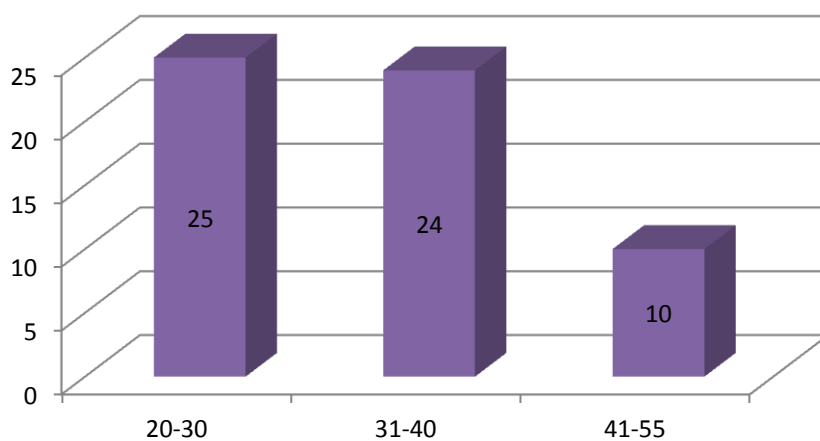
Položka č. 1

Věk?

Tabulka č. 1 Věk respondentů

Věk	n_i	f_i (%)
20-30 let	25	42 %
31-40 let	24	41 %
41-55 let	10	17 %
Celkem	59	100 %

Graf č. 1 Věk respondentů



Komentář:

Otázka č. 1, je otázkou otevřenou. Podle vyhodnocených dat, byl věk respondentů rozdělen do třech skupin. Dle grafu č. 1 je zřejmé, že v intenzivních provozech ONN a. s. je počet respondentů ve věkovém rozmezí 20 – 30 let (25, 42 %) a druhé skupině 31 – 40 let (24, 41 %) téměř vyrovnaný. Slabším článkem je třetí věková skupina od 41 let a více let, ve které bylo uvedeno (10, 17 %).

Položka č. 2

Pohlaví

Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví	n_i	f_i (%)
Muž	0	0 %
Žena	59	100 %
Celkem	59	100 %

Komentář:

Podle tabulky č. 2 je zřejmé, že 100% respondentů odpovídajících na otázku č. 2 je ženského pohlaví. Z toho vyplývá, že v intenzivních provozech ONN a. s. pracují jako zdravotní sestry pouze ženy.

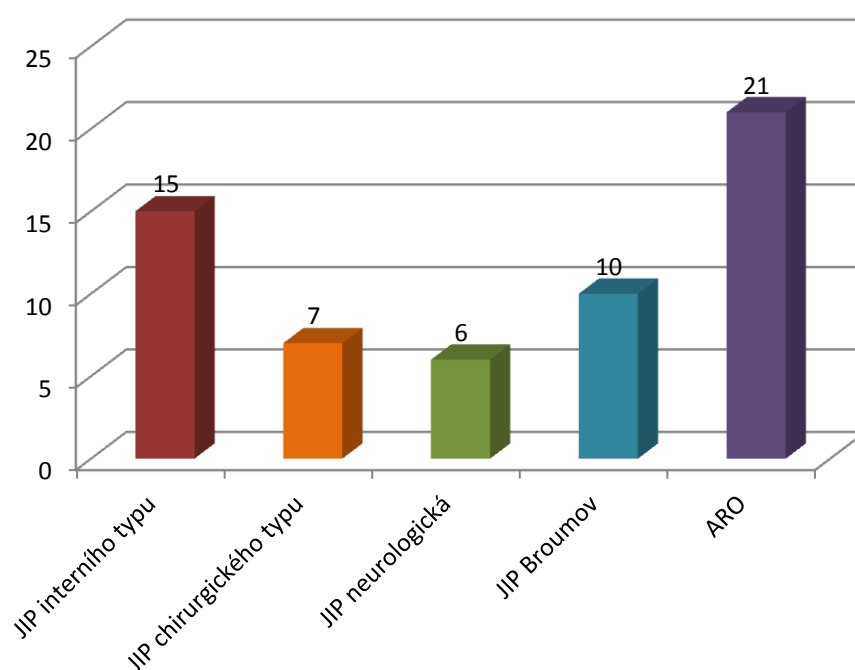
Položka č. 3

Uved'te, na jakém pracovišti v současné době pracujete?

Tabulka č. 3 Pracoviště

Pracoviště	n_i	f_i
JIP interního typu	15	25 %
JIP chirurgického typu	7	12 %
JIP neurologická	6	10 %
Multi JIP Broumov	10	17 %
ARO	21	36 %
Celkem	59	100 %

Graf č. 2 Pracoviště



Komentář:

36 % (21) respondentů je podle získaných dat z ARO, 25 % (15) z JIP interního typu, 17 % (10) multioborová JIP Broumov, 12 % (7) JIP chirurgická a 10 % (6) respondentů z neurologické JIP. Z grafu č. 2 vyplývá, že ARO bude počtem respondentů nejsilnějším článkem šetření.

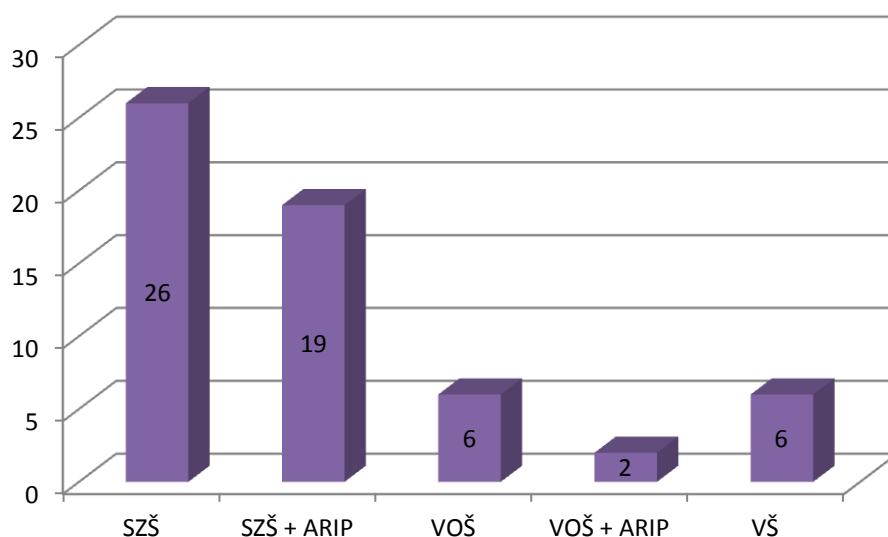
Položka č. 4

Nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 4 Vzdělání

Vzdělání	n_i	$f_i(\%)$
SZŠ-všeobecná sestra	26	44,0 %
SZŠ-všeobecná sestra + ARIP	19	32,2 %
VOŠ	6	10,2 %
VOŠ + ARIP	2	3,4 %
VŠ	6	10,2 %
Celkem	59	100 %

Graf č. 3 Vzdělání



Komentář:

Z grafu č. 3 je patrné, že v intenzivních provozech ONN a. s. pracuje nejvíce všeobecných sester se střední zdravotnickou školou bez další specializace (26, 44 %). Z dalších dat je patrné, že 35 % (19) ze **všech** respondentů dostudovalo specializační vzdělání ARIP. Počet respondentů s Vyšší odbornou školou a Vysokou školou je totožný (6, 10,2 %). Respondenti s VOŠ + ARIP jsou 3,4 % (2). Dá se předpokládat, že někteří respondenti studují vysokou školu při zaměstnání, tato možnost pro vysokou četnost odpovědí a jejich kombinací nebyla v dotazníku uvedena

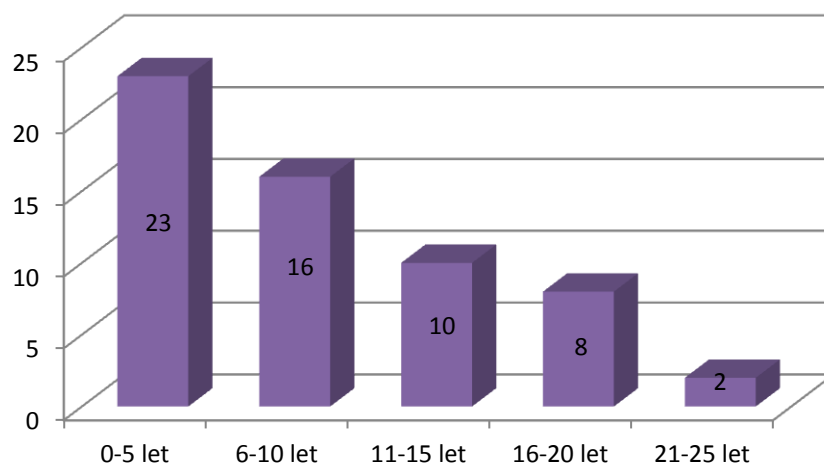
Položka č. 5

Jak dlouho (kolik let) pracujete v oboru intenzivní péče?

Tabulka č. 5 Odpracované období

Odpracované období	n_i	f_i
0-5 let	23	39 %
6-10 let	16	27 %
11-15 let	10	17 %
16-20 let	8	14 %
21-25 let	2	3 %
Celkem	59	100 %

Graf č. 4 Odpracované období



Komentář:

Otázka č. 5 je opět otázkou otevřenou. Podle zjištěných dat byli respondenti podle odpracovaných let v intenzivním provozu rozděleni do 5 různých skupin, jak je patrné na grafu č. 4. Respondentů, kteří pracují v intenzivní péči více, než 20 let jsou pouhá 3 % (2), naopak 39 % (23) respondentů pracuje v intenzivní péči méně než 5 let. Ve skupině pracujících v intenzivní péči 6 - 10 let je (16, 27 %), 11 – 15 let (10, 17 %), 16 – 20 let (8, 14 %) respondentů z celkového počtu odpovídajících.

Položka č. 6

Na pracovišti máte postavení:

Tabulka č. 6 Pracovní zařazení

Funkce	n _i	f _i (%)
S-L	45	76 %
VSS+SL	4	7 %
S-L,VSS,SŠ	4	7 %
VS+SS	6	10 %
Celkem	59	100 %

Vysvětlivky:

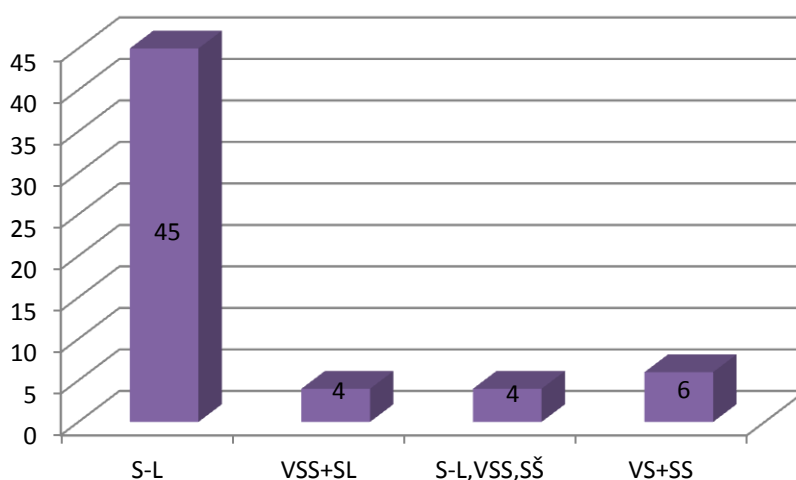
S-L sestra u lůžka

VSS vedoucí sestra směny

SŠ sestra školitelka

VS vrchní sestra **SS** staniční sestra

Graf č. 5 Pracovní zařazení



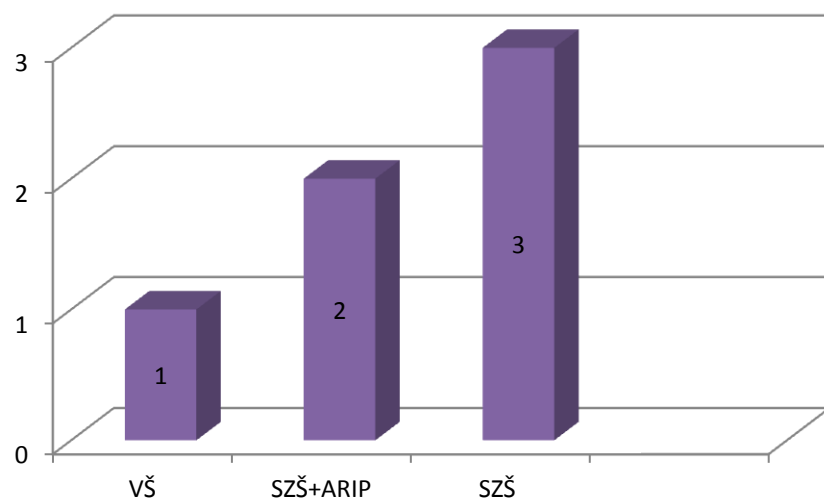
Komentář:

Vzhledem k možnosti zvolit více odpovědí jsem opět rozdělila respondenty do skupin podle zjištěných dat. Z grafu č. 5 je patrné, že nejvyšší počet respondentů jsou sestry pracující u lůžka bez jakéhokoliv jiného zařazení (45,76 %). Další skupinou jsou sestry pracující u lůžka, které v rámci oddělení fungují jako vedoucí sestra směny, tj. 7% všech respondentů (4). Tento počet je totožný se sestrami u lůžka zajišťujícími pozici vedoucí sestry směny a fungující na oddělení jako sestra školitelka. Funkci vrchní a staniční sestry zajišťuje 6 (10 %) respondentů.

Počet zúčastněných vrchních sester jsou dvě a zúčastněné staniční sestry čtyři.

Z porovnání otázky č. 4 a otázky č. 6 vyplívá, že pouze 1 sestra ve funkci dosáhla vysokoškolského vzdělání a není vrchní sestrou, 2 sestry dostudovaly SZŠ všeobecná + ARIP a 3 sestry SZŠ všeobecná. Toto porovnání vyplynulo z průzkumu, ale nebylo původním cílem a záměrem průzkumu. Přikládám graf, který toto tvrzení dokládá.

Graf č. 6 Vzdělání sester ve funkci



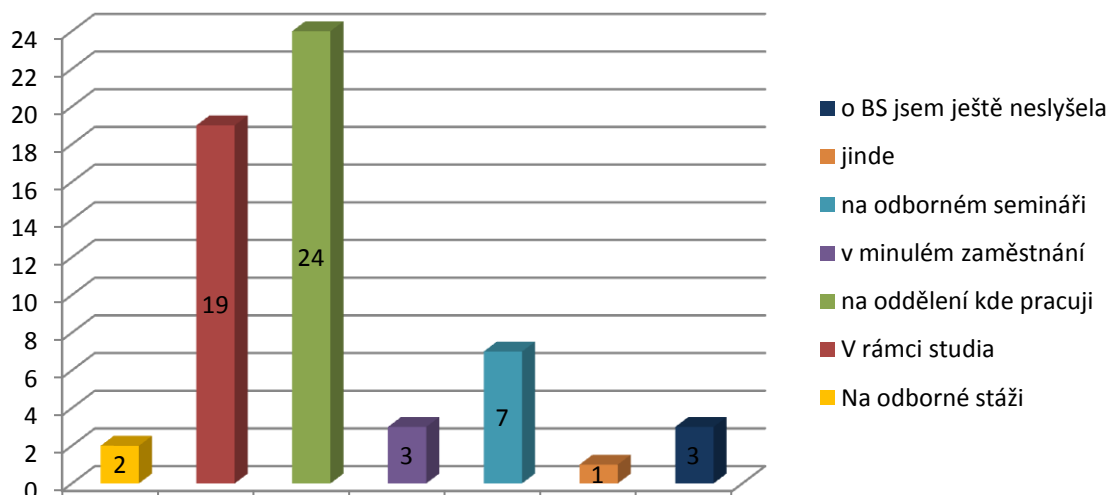
Položka č. 7

Kde jste se poprvé v praxi setkala s bazální stimulací?

Tabulka č. 7 První seznámení s BS

Kde jste se poprvé v praxi setkala s BS?	n _i	f _i (%)
Na odborné stáži	2	3 %
Ve výuce v rámci studia	19	32 %
Na oddělení, kde nyní pracuji	24	41 %
V minulém zaměstnání	3	5 %
Na odborném semináři	7	12 %
Jinde (kurs BS)	1	2 %
O konceptu BS jsem neslyšela	3	5 %
Celkem	59	100 %

Graf č. 7 První seznámení s BS



Komentář:

Na tuto otázku bylo možné volit pouze 1 odpověď a 41% (24) respondentů odpovědělo, že s BS se poprvé setkali na oddělení, kde nyní pracují a 32% (19) v rámci studia jak je patrné z tabulky č. 7. Z toho objektivně vyplývá, že v intenzivních provozech je téměř poloviční množství lidí informováno o BS. Prakticky se však jedná zejména o odd. INT-JIP a ARO. Počet respondentů, kteří se s konceptem setkali poprvé v minulém zaměstnání a nesetkali se nikdy, je totožný 3 respondenti (5 %). Na odborném semináři 7 (12 %) respondentů, na odborné stáži 2 (3 %) respondenti. Tato otázka je otázkou filtrační, respondenti, kteří odpověděli, že o konceptu nikdy

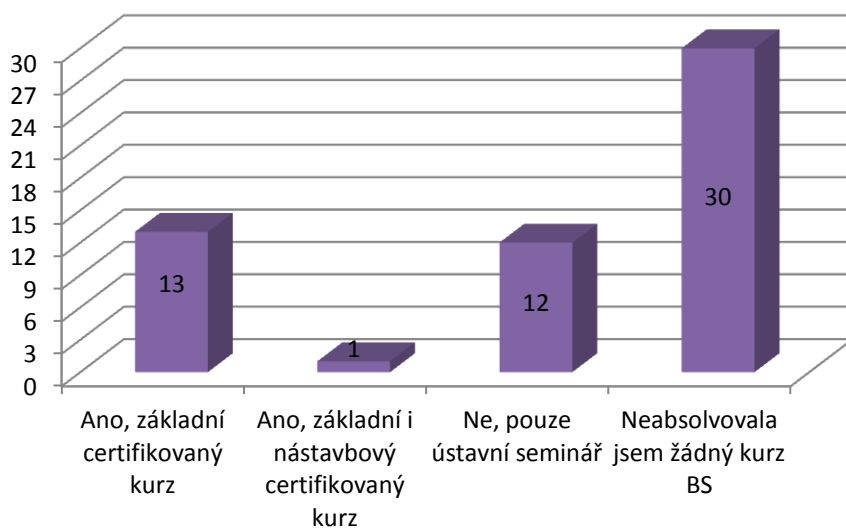
Položka č. 8

Absolvoval/a jste nějaký kurz bazální stimulace?

Tabulka č. 8 Absolvovaný kurz BS

Absolvovala jste nějaký kurz bazální stimulace	n_i	$f_i(\%)$
Ano, základní certifikovaný kurz	13	23 %
Ano, základní i nástavbový certifikovaný kurz	1	2 %
Ne, pouze ústavní seminář	12	21 %
Neabsolvovala jsem žádný kurz BS	30	54 %
Celkem	56	100 %

Graf č. 8 Absolvovaný kurz BS



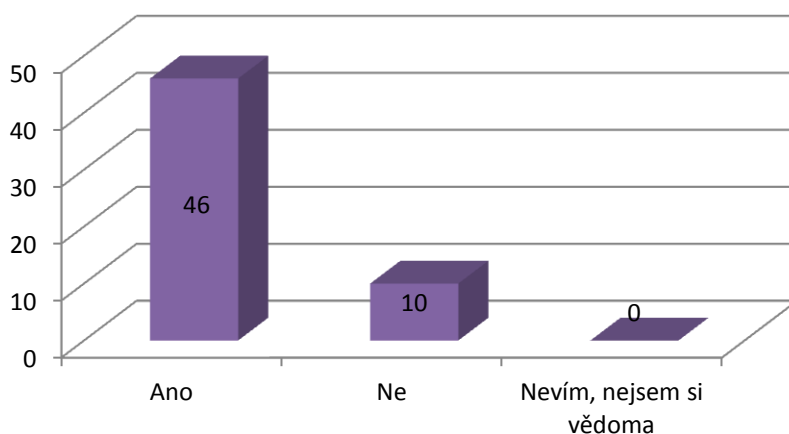
Komentář:

Na tuto otázku již odpovídalo pouze 56 respondentů (100 %). 54 % respondentů (30) nikdy žádný kurz neabsolvovalo, 23 % respondentů (13) absolvovalo základní certifikovaný kurz, 21 % (12) absolvovalo pouze ústavní seminář a 1 respondent (2 %) absolvoval i nástavbový certifikovaný kurz.

Položka č. 9

Aplikujete na vašem pracovišti prvky Bazální stimulace? Pokud NE, proč nepoužíváte BS?

Graf č. 9 Aplikace prvků BS na oddělení



Komentář:

Na tuto otázku 82 % (46) respondentů odpovědělo, že ano, 18 % (10) respondentů neaplikuje na pracovišti prvky BS a možnost „nevím, nejsem si vědoma“ nevolil ani jeden respondent.

Deset respondentů z celkového počtu odpovědělo, že prvky bazální stimulace neaplikuje, důvody jsou uvedeny v tabulce č. 9.

Tabulka č. 9 Proč není aplikována BS na některých odděleních.

Proč ne?	n_i	$f_i(\%)$
Nedostatek informací	5	50 %
Nedostatek informací, času, personálu	5	50 %
Celkem	10	100 %

Komentář:

50% (5) respondentů má nedostatek informací a stejný počet respondentů 50 % (5), uvádělo kombinaci odpovědí nedostatek času, informací i personálu.

Z průzkumu se potvrdilo, že ARO + INT-JIP skutečně všichni odpověděli, že aplikují prvky konceptu do praxe, ostatní oddělení jsou rozporuplná. Nejzajímavějším poznatkem je, že na nejmenovaném oddělení staniční sestra odpověděla, že prvky BS jsou na jejich oddělení aplikovány, ale žádný z respondentů z téhož oddělení toto tvrzení nepotvrdil. Dále už tedy pokračuje pouze 46 respondentů (10 respondentů uvedlo, že prvky BS neaplikují).

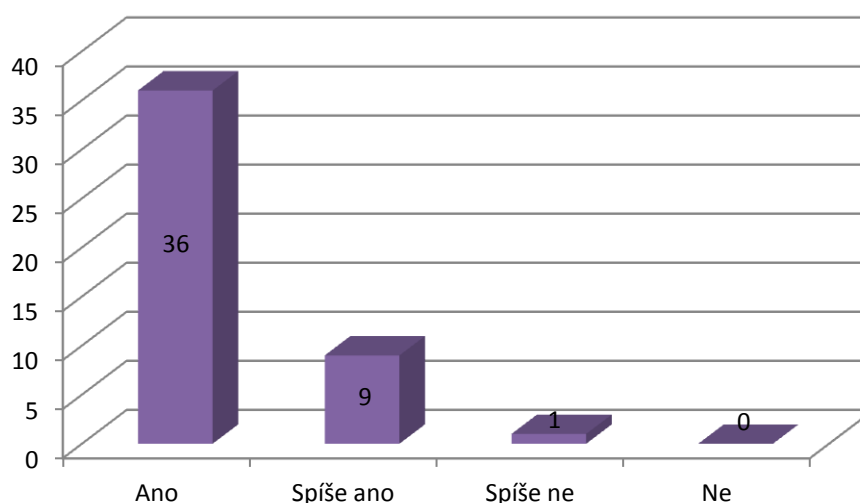
Položka č. 10

Má koncept BS podle Vás nějaký význam pro pacienta?

Tabulka č. 10 Význam BS pro pacienta

Má podle Vás nějaký význam koncept BS pro pacienta	n_i	$f_i(\%)$
Ano	36	78 %
Spíše ano	9	20 %
Spíše ne	1	2 %
Ne	0	0 %
Celkem	46	100 %

Graf č. 10 význam BS pro pacienta



Komentář:

Tato otázka mapuje názor na bazální stimulaci. 78 % (36) respondentů odpovědělo, že si myslí, že BS má význam v péči o klienta. 2% (1) respondent odpověděl, že BS význam spíše nemá, zajímavé je, že se jedná o respondenta z NEUROL – JIP. 20% (9) respondentů si myslí, že BS spíše význam má. Téměř všichni respondenti jsou přesvědčeni o významu BS pro klienta, nikdo neodpověděl, že význam nemá.

Položka č. 11

Jak byste hodnotili úroveň svých teoretických znalostí a praktických dovedností o BS?

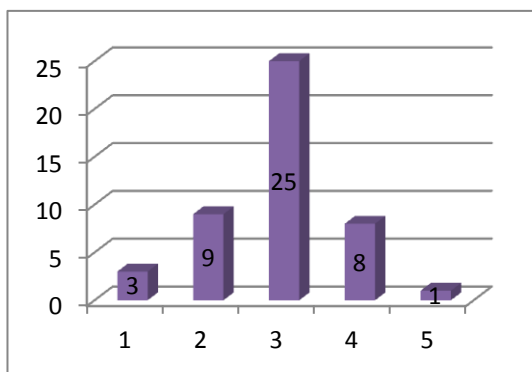
Tabulka č. 11 Teoretické znalosti

Teoretické znalosti	n_i	$f_i(\%)$
1	3	7 %
2	9	20 %
3	25	54 %
4	8	17 %
5	1	2 %
Celkem	46	100 %

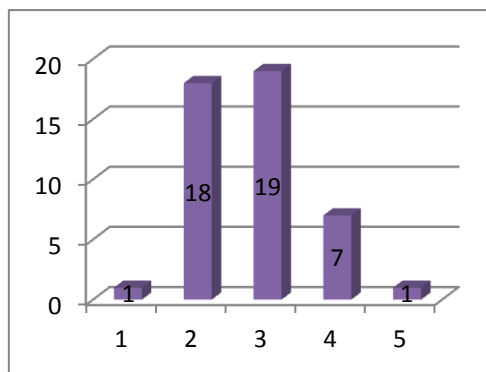
Tabulka č. 12 Praktické dovednosti

Praktické dovednosti	n_i	$f_i(\%)$
1	1	2,2 %
2	18	39,1 %
3	19	41,3 %
4	7	15,2 %
5	1	2,2 %
Celkem	46	100 %

Graf č. 11 Teoretické znalosti BS



Graf č. 12 Praktické dovednosti BS



Komentář:

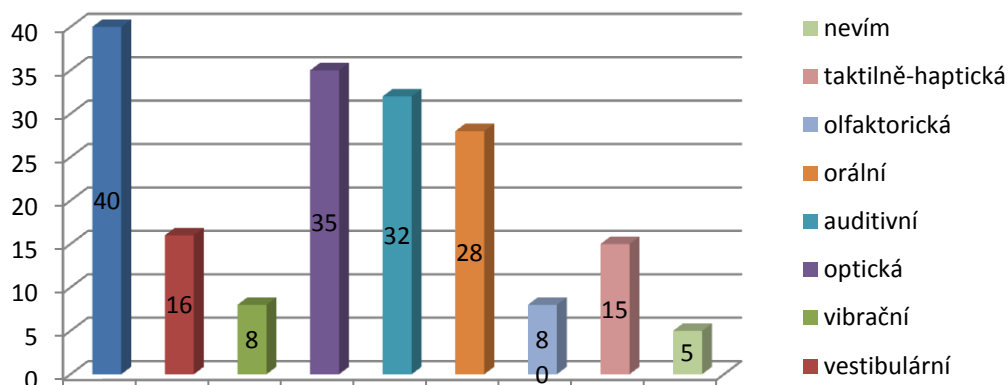
54 % (25) respondentů hodnotilo své teoretické znalosti známkou 3, tzn. dobré, 7 % (3) respondentů si myslí, že má teoretické znalosti výborné a 19 % (9) respondentů se hodnotí podprůměrně, z toho 1 respondent nedostatečně.

V praktických dovednostech jsou si respondenti jistější, 41 % (19) respondentů se hodnotí známkou 3 a 39 % (18) známkou 2 – velmi dobré praktické znalosti, 17 % (8) respondentů se hodnotí podprůměrně, z toho opět 1 respondent nedostatečně.

Položka č. 12

Které stimulace z konceptu BS nejvíce využíváte na Vašem pracovišti?

Graf č. 13 Nejvíce využívané stimulace



Tabulka č. 13 nejvíce využívané stimulace

Které stimulace z BS používáte?	n _i	f _i (%)
Somatická	40	21,4 %
Vestibulární	16	8,6 %
Vibrační	8	4,3 %
Optická	35	18,7 %
Auditivní	32	17 %
Orální	28	15 %
Olfaktorická	8	4,3 %
Taktilně-haptická	15	8 %
Nevím, nejsem si jistá odbornými názvy	5	2,7 %
Celkem odpovědí	187	100 %

Komentář:

V této otázce bylo možné volit libovolnou kombinaci odpovědí. Otázku jsem tedy zpracovala do **kombinační tabulky**. Relativní četnost se vztahuje k počtu odpovědí respondentů. Z grafu je patrné, že nejčastěji využívanou stimulací je **somatická 40** (21,4 %). Následuje optická (18,7 %) 35 a auditivní stimulace (17 %) 32 respondentů. Nejméně je využívána stimulace vibrační a olfaktorická – tuto odpověď volilo 8 (4,3 %) respondentů a 5 (2,7 %) respondentů nevědělo a nebylo si jistých odbornými názvy.

Otázka je druhou filtrační otázkou, na otázku číslo 13 odpoví pouze ti respondenti, kteří zaškrtnuli somatickou stimulaci (40 respondentů).

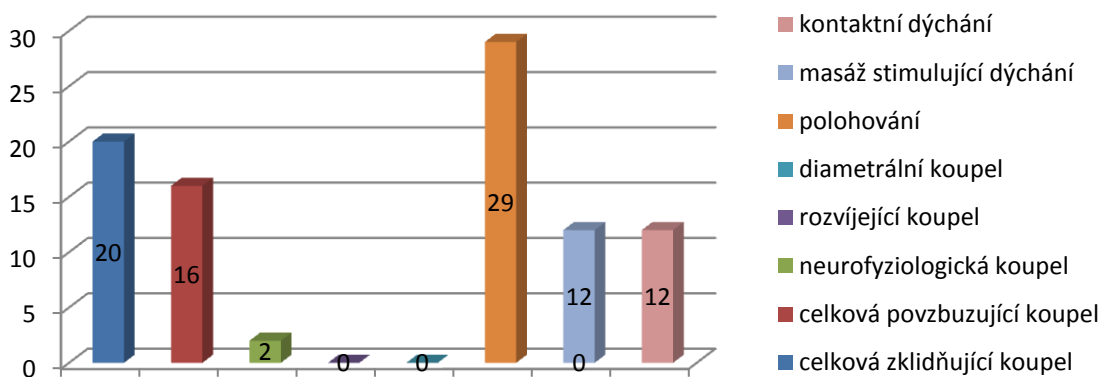
Položka č. 13

Kterým prvkům somatické stimulace dáváte Vy osobně přednost?

Tab. č. 14 preferované prvky somatické stimulace

Prvky somatické stimulace	n_i	$f_i(\%)$
Celková zklidňující koupel	20	22,0 %
Celková povzbuzující koupel	16	17,6 %
Neurofyzilogická koupel	2	2,2 %
Rozvíjející koupel	0	0
Diametrální koupel	0	0
Polohování	29	31,8 %
Masáž stimulující dýchání	12	13,2 %
Kontaktní dýchání	12	13,2 %
Celkem odpovědí	91	100 %

Graf č. 14 Preferované prvky somatické stimulace



Tabulka č. 15 Polohování

Polohování	n_i	$f_i(\%)$
Mumie	1	3,4 %
Hnízdo	22	76,0 %
Mikropolohování	6	20,6 %
Celkem	29	100 %

Komentář:

Otázka má zmapovat osobní preference užití prvků BS jednotlivých respondentů. Také tuto otázku jsem zpracovala do **kombinační tabulky**. Výpočet relativní četnosti se vztahuje na celkový počet odpovědí.

Z grafu jasně vyplývá, že nejčastěji užívaným prvkem je polohování, které volilo 29 (31,8 %) respondentů. V této kategorii si respondenti mohli ještě zvolit nejčastěji používané možnosti polohování dle konceptu, viz **tabulka č. 15**. Ze které je zřejmé, že nejoblíbenější položkou je polohování klientů do hnízda (76 %), dále mikropolohování (20,6 %) a pouze 1 respondent preferuje polohu mumie (3,4 %).

Druhým nejčastěji užívaným prvkem je celková zklidňující koupel 20 (22 %) respondentů, celková povzbuzující koupel 16 (17,6 %), prvky týkající se dýchání jsou na stejné úrovni 12 (13,2 %) respondentů a nikdo z oslovených nepreferuje diametrální a rozvíjející koupel.

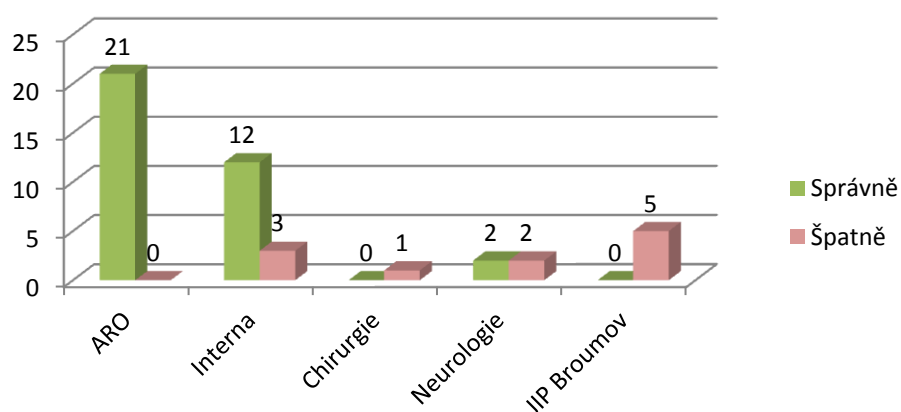
Položka č. 14

Jakým způsobem nejčastěji zahajujete komunikaci s pacientem v rámci konceptu BS?

Tabulka č. 16 Jak zahájit komunikaci

Iniciální dotek	n_i	$f_i(\%)$
Správná odpověď	35	76 %
Špatná odpověď	11	24 %
Celkem	46	100 %

Graf č. 15 Jak zahájit komunikaci



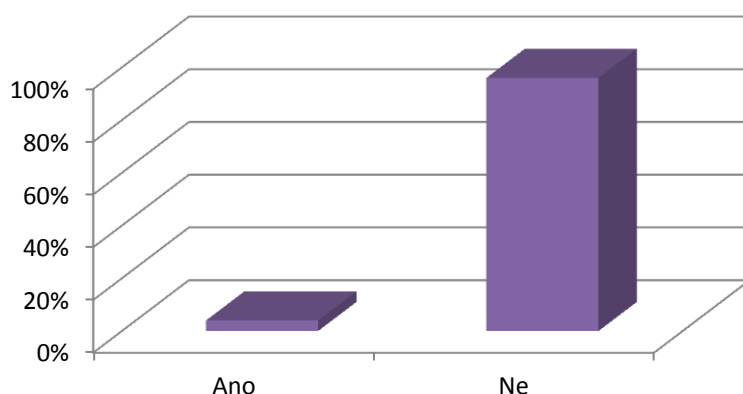
Komentář:

Správně (iniciálním dotekem) odpovědělo 76% (35) respondentů. Nesprávně odpovědělo 24% (11) respondentů. Z grafu č. 14 lze porovnat správné a špatné odpovědi na jednotlivých odděleních.

Položka č. 15

Používáte koncept BS u každého pacienta? Pokud ne, které pacienty upřednostňujete?

Graf č. 16 Použití BS u každého klienta



Komentář:

96% respondentů nepoužívá BS u každého pacienta. Tento postup je správný, je tedy patrné, že ti respondenti, kteří prošli dotazníkovou selekcí, mají určité zkušenosti a znalosti.

Pod otázku „které pacienty upřednostňujete“ zobrazuje **kombinační tabulka č. 17**

Tabulka č. 17 Vybrané stavy

Vybrané stavy	n _i	f _i (%)
Kraniocerebrální poranění	28	29,0 %
Stavy po iktu	20	21,0 %
Polytraumatizovaní pacienti	10	10,4 %
Pacienti po operaci	0	0
Neklidní pacienti	5	5,1 %
Pacienti v terminálním stavu	11	11,5 %
Pacienti po KPCR	21	22,0 %
Epilepsie	1	1,0 %
Celkem odpovědí	96	100 %

Komentář:

Výpočet relativní četnosti v tabulce č. 18 se vztahuje na počet odpovědí. Nejvíce se v intenzivní péči ONN a. s. užívá koncept BS u kraniocerebrálních poranění (29 %) a pacientů po kardio-pulmonární resuscitaci (22 %), dále stavy po iktu (21 %) a pacienti v terminálním stavu (11,5 %). BS se také používá u polytraumatizovaných (10,4 %) a neklidných pacientů (5,1 %). Vůbec se nepoužívají prvky BS u pacientů po operaci. Do kolonky jiné, neodpověděl ani jeden respondent.

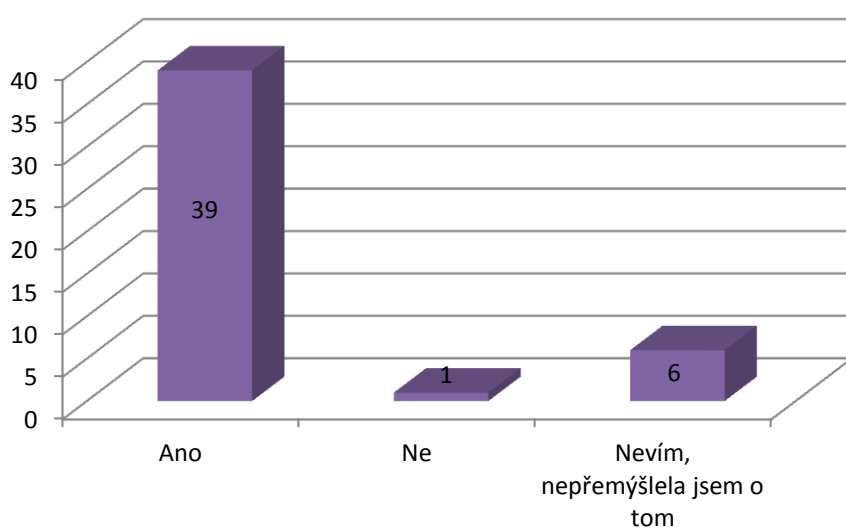
Položka č. 16

Domníváte se, že pro koncept BS je důležitá biografická anamnéza?

Tabulka č. 18 Biografická anamnéza

Důležitost biografické anamnézy	n_i	$f_i(\%)$
Ano	39	85 %
Ne	1	2 %
Nevím, nepřemýšlela jsem o tom	6	13 %
Celkem	46	100 %

Graf č. 17 Biografická anamnéza



Komentář:

13% (6) respondentů o důležitosti biografické anamnézy nepřemýšlelo a 2% (1) si myslí, že není důležitá, ostatní respondenti 85 % (39) považují biografickou anamnézu za důležitou součást BS.

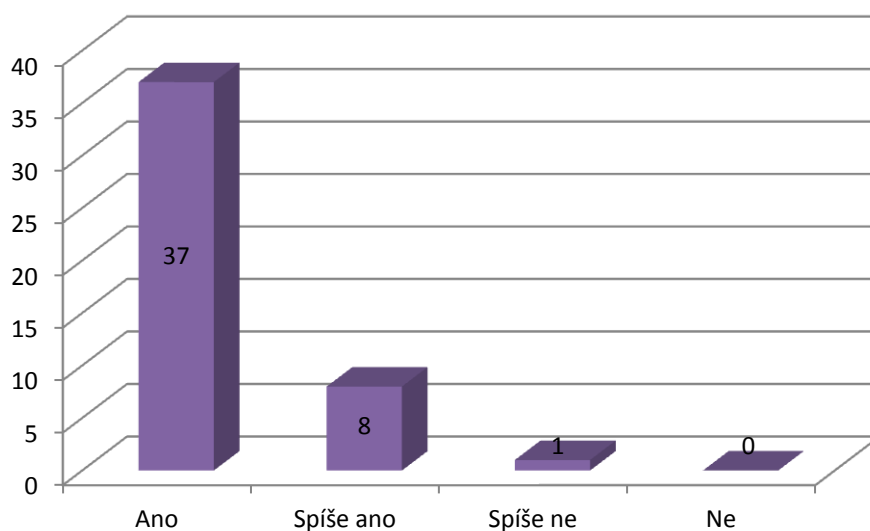
Položka č. 17

Spolupracujete s rodinou nemocného při aplikaci konceptu BS?

Tabulka č. 19 Spolupráce s rodinou

Spolupráce s rodinou	n_i	$f_i(\%)$
Ano	37	80 %
Spíše ano	8	17 %
Spíše ne	1	2 %
Ne	0	0 %
Celkem	46	100 %

Graf č. 18 Spolupráce s rodinou



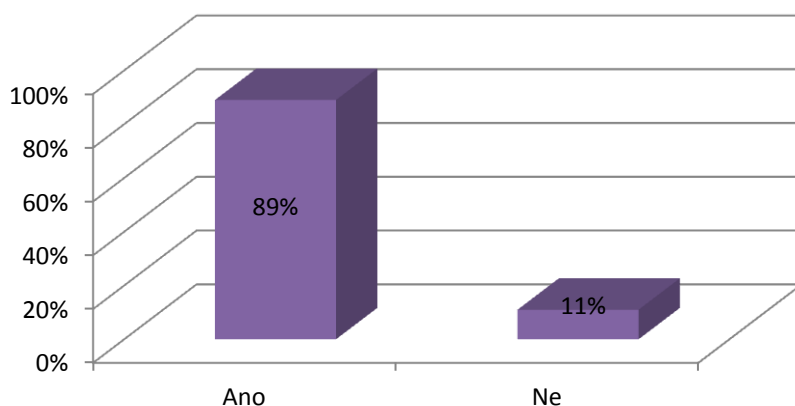
Komentář:

Většina respondentů 80 % (37) při aplikaci BS s rodinou spolupracuje, pouze 2 % (1) respondent volil odpověď „spíše ne“. Spíše s rodinou spolupracuje 17 % (8) respondentů. Relativní četnost vyjadřuje tabulka č. 16

Položka č. 18

Užíváte na Vašem pracovišti biografickou anamnézu? Pokud ano, jakým způsobem získáváte biografické informace o pacientovi potřebné k provedení komplexní bazální stimulace včetně nastavbových prvků?

Graf č. 19 Užití biografické anamnézy



Tabulka č. 20 Způsob získávání biografických dat

Způsob získání biografické informace	n _i	f _i (%)
Rozhovor s příbuznými	36	40,0 %
Dotazník vyplněný sestrou	2	2,2 %
Dotazník vyplněný příbuznými	33	36,7 %
Pozorování	7	7,8 %
Výpis s dokumentace	12	13,3 %
Jiný způsob	0	0
Celkem odpovědí	90	100 %

Komentář:

Z grafu je patrné, že 89% respondentů užívá na svém pracovišti biografickou anamnézu, 11% odpovědělo, že biografii neužívá.

Kombinační tabulka č. 20 ukazuje, jakým způsobem je nejčastěji biografická anamnéza získávána. U této otázky bylo možné zaškrtnout více odpovědí a většina respondentů tuto možnost využila. Relativní četnost se tedy vztahuje na počet odpovědí. Nejčastějším způsobem získávání biografických dat je rozhovor s příbuznými (40 %) a dotazník vyplněný příbuznými (36,7 %), ale 26% respondentů také odpovědělo, že získávají data výpisem z dokumentace, nebo pozorováním (7,8 %).

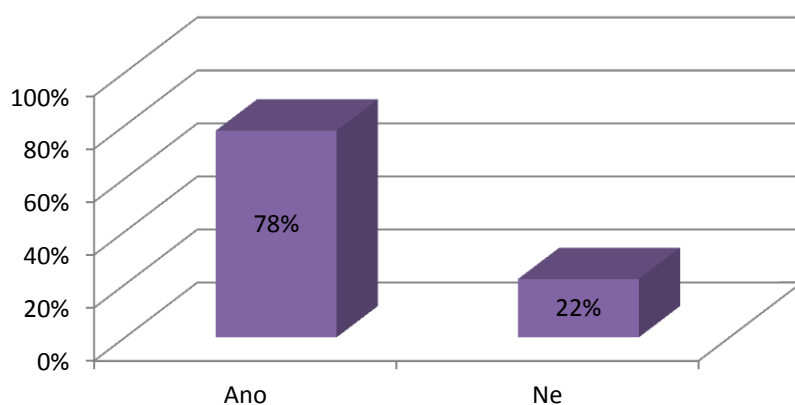
Položka č. 19

Máte na Vašem pracovišti vypracovanou dokumentaci pro koncept BS? Myslíte si, že je tato dokumentace dostačující k zajištění kontinuity procesu a získání potřebných informací?

Tabulka č. 21 Dokumentace pro BS

Dokumentace pro BS	n_i	$f_i(\%)$
Ano	36	78 %
Ne	10	22 %
Celkem	46	100 %

Graf č. 20 Dokumentace pro BS



Tabulka č. 22 kvalita dokumentace BS

Je dokumentace dostačující	n_i	$f_i(\%)$
Ano	13	36 %
Spíše ano	20	56 %
Spíše ne	0	0 %
Ne	0	0 %
Nevím	3	8 %
Celkem	36	100 %

Komenář:

78 % (36) respondentů má na pracovišti zavedenou dokumentaci pro BS a 22 % (10) respondentů nikoli. Podle předpokladu tomu tak je na odděleních, kde na podzim roku 2011 proběhla certifikace BS. Podle tabulky č. 22 je zřejmé, že z 36 respondentů si 36 % (13) respondentů myslí, že je tato dokumentace dostačující, 3 respondenti nevědí a 56% (20) respondentů se přiklání k dostatečnosti dokumentace a odpovídá „spíše ano“

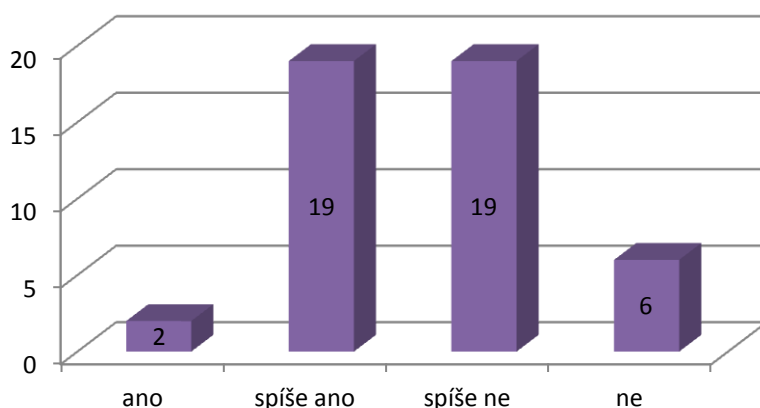
Položka č. 20

Zapojují se lékaři do aplikace konceptu BS na Vašem pracovišti?

Tabulka č. 23 Zapojení lékařů do BS

Zapojují se lékaři do BS	n_i	$f_i(\%)$
Ano	2	4,3 %
Spíše ano	19	41,3 %
Spíše ne	19	41,3 %
Ne	6	13,1 %
Celkem	46	100 %

Graf č. 21 Zapojení lékařů do BS

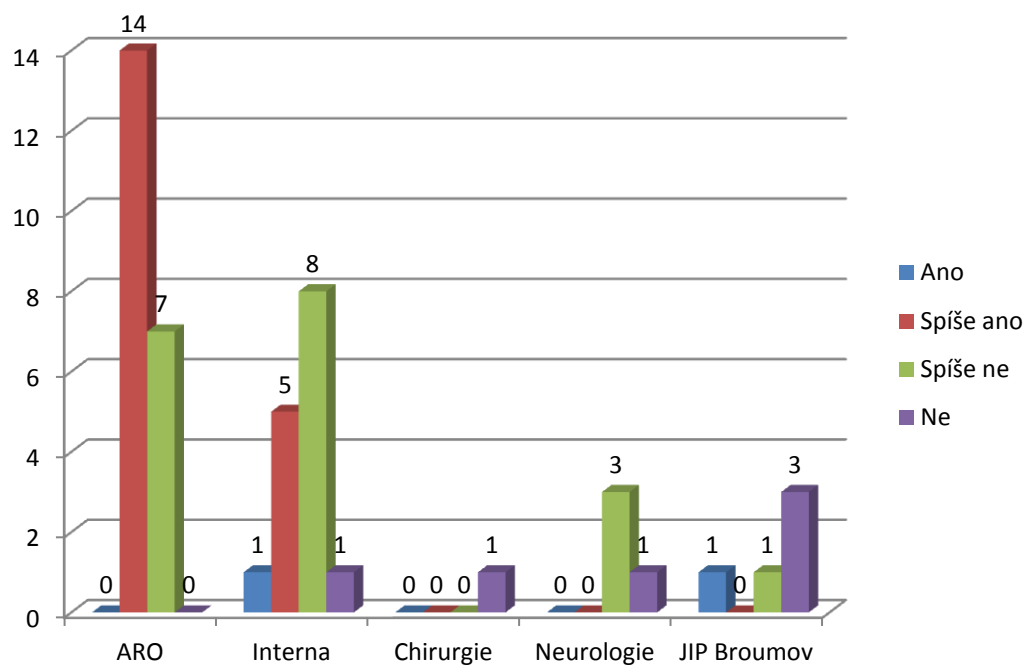


Komentář:

41,3 % (19) respondentů si myslí, že lékaři se do konceptu BS spíše nezapojují, stejný počet respondentů 41,3 % (19) si myslí, že spíše ano. Pouze 4% (2) respondentů, že rozhodně ano a že se lékaři rozhodně nezapojují tvrdí 13,1 % (6) respondentů.

Tuto otázku jsem rozpracovala ještě na **jednotlivá oddělení**, viz graf č. 21, aby bylo zřejmé, jak jsou na tom jednotlivá oddělení s lékařskou spoluprací ohledně konceptu. Rozhodně ano odpověděl pouze jeden respondent z INT – JIP a jeden z MULTI – JIP. Z grafu je také patrné, že odpověď „spíše ano“ převažuje na ARO a odpověď „spíše ne“ na INT-JIP a NEUROL – JIP.

Graf č. 22 Zapojení lékařů do BS na jednotlivých odd.



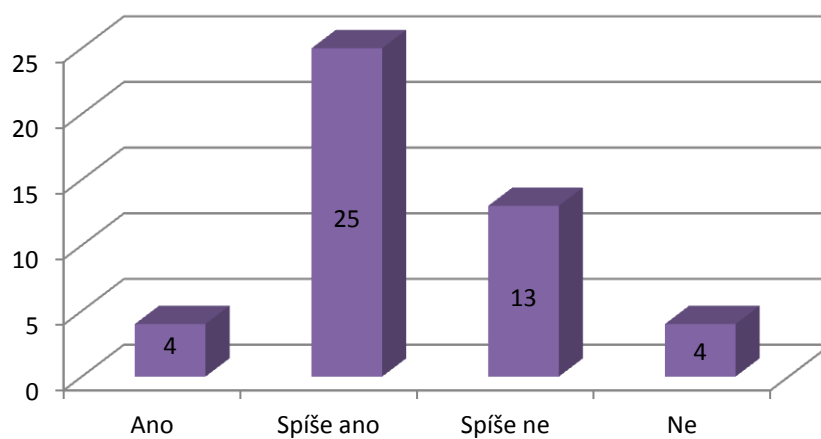
Položka č. 21

Dodržují lékaři Vaše zavedené základní zásady konceptu BS při komunikaci s pacientem?

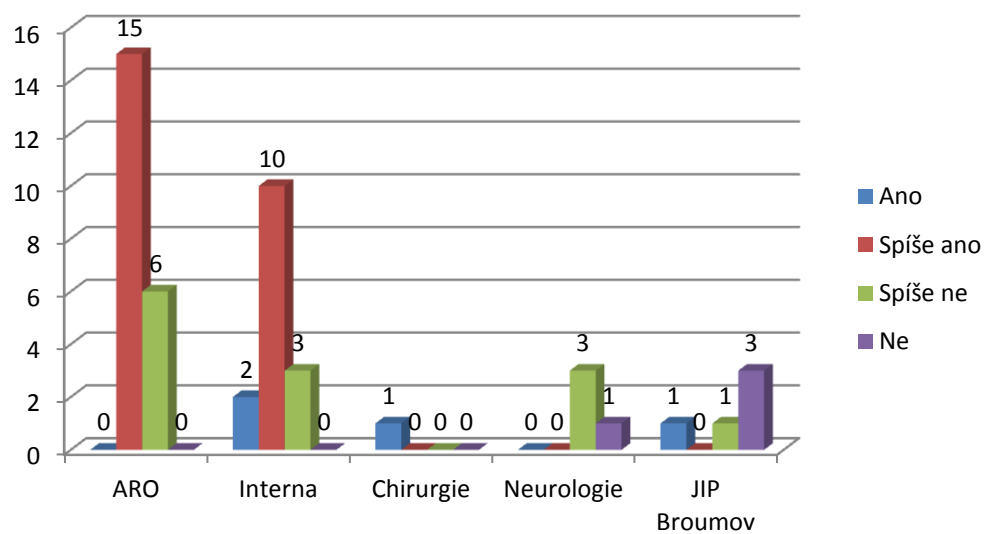
Tabulka č. 24 Dodržování zásad BS

Dodržují lékaři zásady BS	n_i	$f_i(\%)$
Ano	4	9 %
Spíše ano	25	54 %
Spíše ne	13	28 %
Ne	4	9 %
Celkem	46	100 %

Graf č. 23 Dodržování zásad BS



Graf č. 23 Dodržování zásad BS na jednotlivých odd.



Komentář:

9% (4) respondentů si myslí, že lékaři základní zásady rozhodně dodržují a stejný počet respondentů 9% (4), že rozhodně ne. 54% (25) respondentů udává, že lékaři zásady spíše dodržují a 25 % (13), že spíše nedodržují.

Také tuto otázku jsem rozpracovala na jednotlivá oddělení, viz. graf č. 23, ze kterého je zřejmé, že zásady nejsou rozhodně dodržovány na Multi-JIP Broumov, spíše nejsou dodržovány na NEUROL-JIP a spíše jsou dodržovány na INT-JIP a ARO.

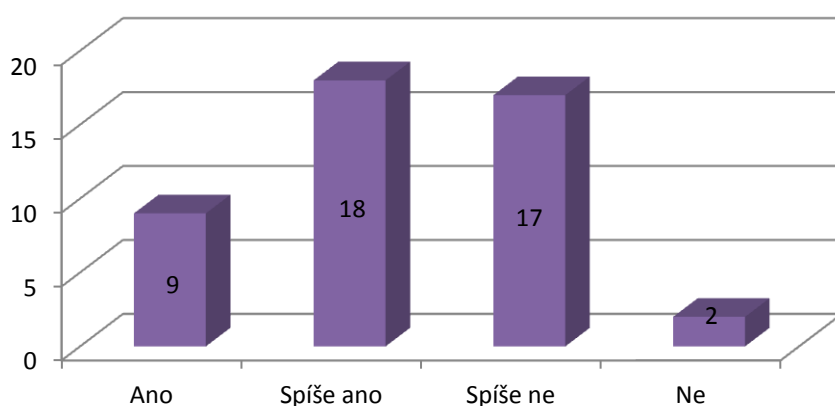
Položka č. 22

Cítíte podporu v provádění BS ze strany lékařů?

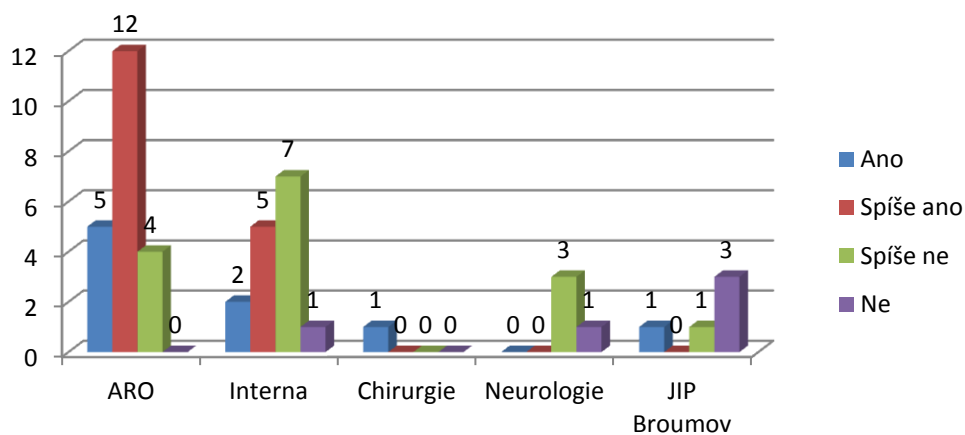
Tabulka č. 25 podpora ze strany lékařů.

Podpora ze strany lékařů	n_i	$f_i(\%)$
Ano	9	20 %
Spíše ano	18	39 %
Spíše ne	17	37 %
Ne	2	4 %
Celkem	46	100 %

Graf č. 25 Podpora ze strany lékařů



Graf č. 26 Podpora ze strany lékařů jednotlivých odd.



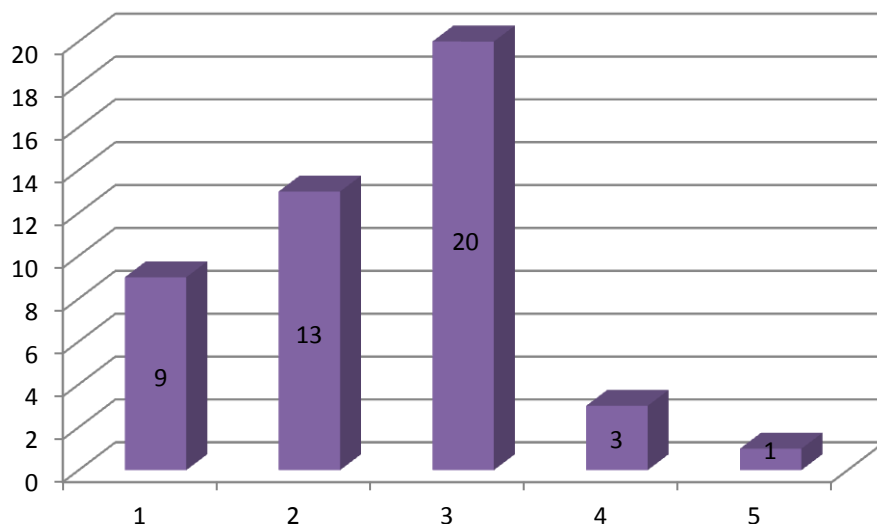
Komentář:

9% respondentů cítí podporu v konceptu ze strany lékařů a 4% nikoliv. Na jednotlivých odděleních, viz graf č. 25, je koncept **spíše podporován** lékaři jednoznačně na ARO, ostatní oddělení se s podporou nesetkávají buď vůbec, nebo jen částečně.

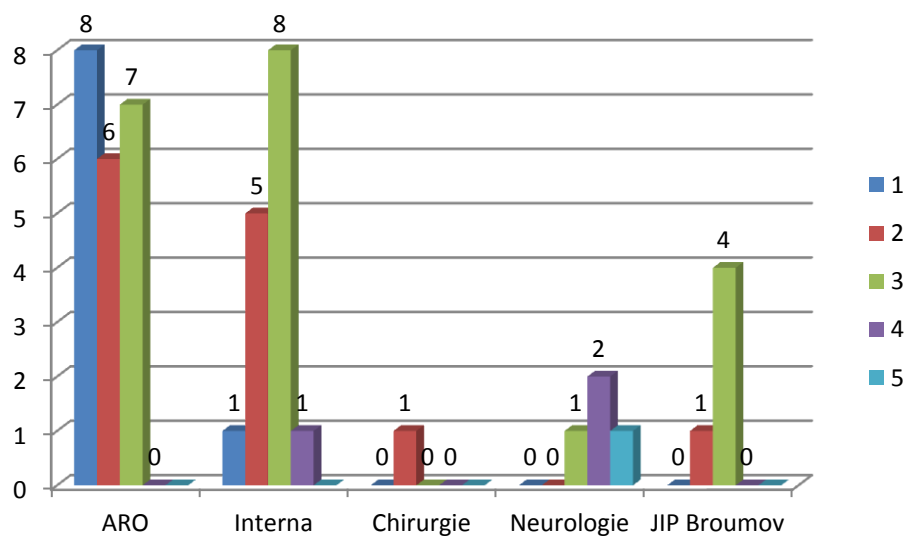
Položka č. 23

Vaše zkušenost s využitím bazální stimulace v praxi?

Graf č. 27 Zkušenost s využitím BS



Graf č. 27 Zkušenost s využitím BS na jednotlivých odd.



Komentář:

Tato otázka využívá grafické škály od 1 – 5 bodů (velmi dobrá – špatná). Z průzkumného šetření bylo zjištěno, že zkušenosti s využitím konceptu jsou průměrné 43 %, (20) respondentů, velmi dobré zkušenosti má 28 % respondentů, výbornou zkušenost má 20 % respondentů a 9 % se přiklání k podprůměrnému hodnocení a má zkušenost spíše špatnou. Graf č. 27 zobrazuje odpovědi na jednotlivých odděleních.

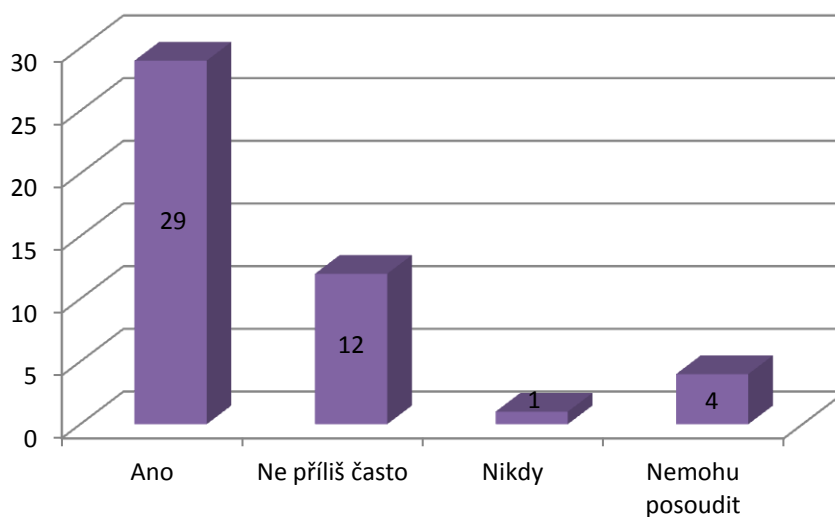
Položka č. 24

Zaznamenala jste ve své praxi zlepšení stavu pacienta na základě využívání bazální stimulace?

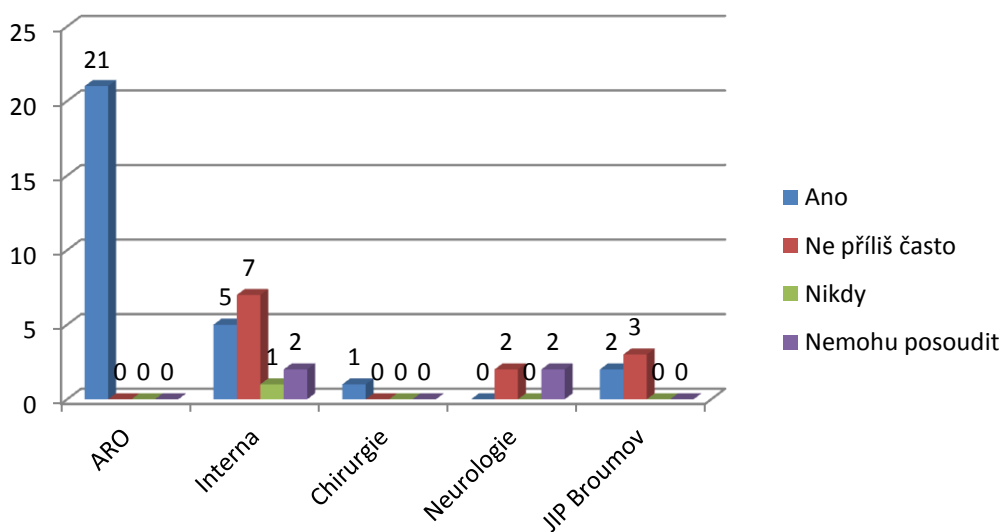
Tabulka č. 26 Zlepšení stavu pacienta po BS

Zlepšení stavu pacienta	n_i	$f_i(\%)$
Ano	29	63 %
Ne příliš často	12	26 %
Nikdy	1	2 %
Nemohu posoudit	4	9 %
Celkem	46	100 %

Graf č. 29 Zlepšení stavu pacienta po BS



Graf č. 30 Zlepšení stavu pacienta na jednotlivých odd.



Komentář:

Ze získaných dat bylo vyhodnoceno, že 63 % (29) respondentů, zaznamenalo zlepšení stavu pacienta na základě využití konceptu. Příliš často nezaznamenalo zlepšení 26% (12) respondentů, nikdy nezaznamenal zlepšení 2% (1) respondent a 9 % (4) respondentů nemohou situaci posoudit. Graf č. 29 zpracovává názor jednotlivců na jednotlivých odděleních. Zde je jasné, že nejlepší zkušenosti s BS mají na ARO a INT-JIP.

Diskuze

Původním záměrem empirické části bylo zmapovat jak moc je BS rozšířená v intenzivních provozech ONN a. s. Jak zdravotníci spolupracují s rodinou v rámci konceptu Bazální stimulace a jestli je zavedena dostatečná dokumentace pro BS. Nejvíce mě zajímalo, zda je využívána biografická anamnéza a zda se biografická data někam zapisují, aby byla přístupná kdykoliv pro všechny členy ošetrovatelského personálu. Dále mě také zajímalo zapojení a spolupráce lékařů do konceptu.

Předpokládaným výsledkem byla nedostatečná dokumentace a neznalost biografické anamnézy. Předpokládala jsem tak na základě zkušeností z vlastní praxe.

Vzhledem k časovému posunu mezi zadáním bakalářské práce (léto 2011) a prakticky provedeným empirickým šetřením (leden 2012) byl tento záměr částečně znemožněn. Paralelně se zadáváním bakalářské práce proběhl v ONN a. s. **Základní certifikovaný kurz Bazální stimulace**, jehož se zúčastnilo 13 členů z ARO, 8 zaměstnanců z Interního oddělení a 3 z Rehabilitačního oddělení. Dotazník začal být tvořen v září 2011 a současně s jeho schválením také proběhla certifikovaná supervize v ONN a. s. za účasti K. Friedlové. V době tvorby dotazníku nebyla nikde v ONN a.s. vytvořena ošetrovatelská dokumentace pro BS. Ale součástí supervize bylo mimo jiné její vytvoření alespoň v provizorní podobě. Za tímto účelem byla ve spolupráci s Petrou Hrubou (nyní staniční sestra ARO) vytvořena provizorní dokumentace včetně dotazníku pro získání biografických dat. Tato dokumentace byla poskytnuta i Internímu oddělení. Certifikace proběhla v přátelském duchu bez jakýchkoli obtíží, K. Friedlová si prohlédla naši dosavadní práci a pokroky, které byly dokumentovány fotograficky i na video snímcích. Prohlédla si oddělení a posléze byla certifikace udělena oběma pracovištím. ARO a Interní oddělení se tak staly supervidovaným registrovaným pracovištěm Bazální stimulace.

Vzhledem k této skutečnosti, jak ostatně potvrdil i průzkum, je na těchto odděleních nějaká dokumentace používána stejně tak jako dotazník pro získání biografických dat.

Biografickou anamnézou a dokumentací se zabývají otázky č. 16, 17, 18, 19.

Z průzkumného šetření vzešlo, že 85 % respondentů považuje biografickou anamnézu za důležitou pro koncept BS. Velká část těchto respondentů je z odd. ARO a INT – JIP, kde proběhla certifikace. 80 % respondentů spolupracuje v konceptu s rodinou, což je správné, protože jedině rodina a blízcí mohou poskytnout důležité informace o soukromí pacienta. S rodinou spolupracují i respondenti z jiných oddělení, kteří neprošli certifikací.

89% respondentů užívá biografickou anamnézu, mezi tyto respondenty patří i multioborová JIP Broumov, kde taktéž neproběhla certifikace. Ale 26% respondentů odpovědělo, že získávají biografická data výpisem z dokumentace, či pozorováním což není úplně správné, v dokumentaci není možné nalézt podstatné a potřebné údaje k výkonu BS. Takové získání biografických dat považují za nekvalitní, biografie by měla být zpracována zásadně písemně a ve spolupráci s rodinou.

Přikládám tedy (příloha č. 1) aktualizovaný biografický dotazník pro použití na ARO, dále Obecný souhlas pacienta, rodinného příslušníka, zákonného zástupce s pořizováním fotografií a videozáznamů, Realizaci výkonů a Záznam reakcí pacienta. (příloha č. 2) Tuto dokumentaci považuji za dostačující k zajištění kontinuity procesu a získání potřebných informací.

78% respondentů udává, že mají na svém pracovišti vypracovanou dokumentaci pro koncept BS. Zpravidla se opět jedná o ARO a INT – JIP, většina těchto respondentů si také myslí, že dokumentace je **spíše dostačující** k zajištění kontinuity procesu a získání potřebných informací.

Z průzkumu je zřejmé, že v intenzivních provozech ONN a. s. pracuje 100 % žen (**otázka č. 1, 2**). Nejvíce ve věku mezi 20 – 30 roky (42 %) a mezi 30 – 40 roky (41 %). Průzkum tak potvrzuje všeobecné tvrzení, že intenzivní péče je velice náročná na psychický i fyzický stav personálu. Dá se usuzovat, že dochází mnohem častěji k výměně (pohybu) personálu, než na jiných odděleních z důvodu rychlejšího postupu syndromu vyhoření a celkové náročnosti práce. Tento úsudek potvrzuje **otázka č. 5**, která ukázala, že nejvíce odpovídajících respondentů pracuje v oboru intenzivní péče max. do 5 let (39 %) a pouhá 3 % respondentů pracuje v oboru více než 20 let.

Zajímavým výsledkem je fakt týkající se **otázky č. 15** kde zpracováním dotazníků vyšlo najevo, že nejvíce je BS užívána u kraniocerebrálních poranění. Zaměřím se nyní na **NEUROL – JIP** kde přirozeně BS upřednostňují u **stavů po iktu**, ale když porovnáme s **otázkou č. 13**, kterým prvkům somatické stimulace dávají respondenti přednost, nikdo z neurologie neuvedl diametrální a rozvíjející koupel, které se aplikují právě u těchto stavů. Cílem otázky č. 13 však bylo zjistit preferované prvky konceptu jednotlivými respondenty a tento cíl byl splněn, nejvíce preferovaným prvkem je polohování do hnízda.

Také **otázka č. 9** ukázala zajímavou skutečnost, že 82% respondentů používá na svém pracovišti prvky Bazální stimulace, toto číslo je poměrně vysoké a uspokojivé, ale další výsledky dotazníku neodpovídají tomuto tvrzení, např. v porovnání s vědomostní otázkou č. 14, kde odpovědělo správně pouze 76% respondentů.

Jedním z cílů bylo také zmapovat současnou situaci ve vzdělání, touto problematikou se v obecném směru zabývá **otázka č. 4**, částečně **otázka č. 6** a absolvování vzdělávacích kurzů s tématem BS **otázka č. 7 a 8**.

V intenzivní péči ONN a. s. pracuje nejvíce (**44%**) sester se **střední zdravotnickou školou** v oboru všeobecná sestra bez jakékoliv specializace. **32%** všeobecných sester se **specializací ARIP** a 10% sester s vysokoškolským vzděláním. Tento výsledek mě zaujal a zpracovala jsem ještě graf č. 6 vzdělání sester ve funkci, který částečně souvisí s otázkou č. 6 a ze kterého je zřejmé, že se dotazníkového šetření zúčastnily také dvě vrchní sestry a čtyři staniční sestry z toho 2 dokončily SZŠ obor všeobecná zdravotní sestra a mají specializaci ARIP a 3 mají pouze dokončenou SZŠ obor všeobecná zdravotní sestra. 1 sestra ve funkci má vysokoškolské vzdělání. Z toho vyplývá, že mnohem více sester s vysokoškolským vzděláním pracuje u lůžka než ve funkci. Toto porovnání vyplynulo z průzkumu, ale nebylo původním cílem a záměrem průzkumu.

Dalším bodem vzdělávání je absolvovaný kurz BS, v této položce (8) se ukázalo, že 54 % všech respondentů neabsolvovalo žádný kurz ani ústavní seminář a že o BS se většina respondentů (41 %) poprvé dozvěděla na pracovišti, kde nyní pracují (položka 7). Základním kurzem prošlo pouze 23 % (13) respondentů, ze všech dotazovaných, zbývajících 21 % absolvovalo alespoň ústavní seminář. Tento fakt odpovídá celkovému výsledku průzkumného šetření, kde je patrné, že povědomí o BS v intenzivní péči je celkem uspokojivé, ale zásadně chybí znalosti a spojitosti, které je možné získat absolvováním základního kurzu BS.

Položka č. 11 hodnotí vlastní teoretické znalosti a praktické dovednosti respondentů v konceptu BS. Respondenti hodnotí úroveň svých teoretických znalostí známkou 3 v 54 % , známkou 1 (7 %), známkou 2 (20 %), známkou 4 (17 %) a známkou 5 (2 %). Úroveň praktických dovedností opět nejvíce respondentů známkou 3 (41 %), známkou 1 pouze 2 %, známkou 2 (39 %), známkou 4 (15 %) a známkou 5 opět 2 % respondentů. V praktických dovednostech se tedy respondenti hodnotí o něco málo lépe.

Ze získaných dat z **otázky č. 12** je patrné, že nejvíce využívanou stimulací v intenzivních oborech je stimulace somatická a nejméně vibrační a olfaktorická. Toto se dalo předpokládat, jsem přesvědčena, že olfaktorická stimulace není využívána právě z nedostatku informovanosti personálu a z neznalosti pojmu.

Jediná znalostní otázka, která byla přítomna v dotazníku (**otázka č. 14**) potvrzuje, že by bylo vhodné proškolit více lidí v oboru intenzivní péče minimálně základním certifikovaným kurzem BS. 76 % respondentů odpovědělo na tuto otázku správně, ale

převážně všichni byli z ARO a INT-JIP, pouze 2 respondenti z NEUROL-JIP, což vzhledem k znalostem ostatních položek je celkem uspokojivé. Ostatní oddělení odpověděla nesprávně.

Dalším cílem bylo zmapovat spolupráci lékařů **otázka č. 20, 21, 22** – tyto otázky byly rozpracovány jednak všeobecně a jednak na jednotlivá oddělení. Vyplynulo, že se lékaři do aplikace konceptu spíše nezapojují a to, 41% respondentů odpovědělo, že rozhodně ne, 13% respondentů, že spíše ne. Základní zásady konceptu ale spíše dodržují (54%). Podporu ze strany lékařů pocítují respondenti z ARO, ostatní uvádějí, že podporu ze strany lékařů spíše nemají. Jsem přesvědčena, že nezájem a nedůvěra lékařů v tomto směru, je způsobena nedostatečnou osvětou. Po prostudování základních materiálů a literatury je zřejmé, a vyplynulo to i z průzkumu, že koncept má smysl, má svou strukturu, svá pravidla a hlavně je podložen vědecky.

Poslední 2 otázky se týkají osobní zkušenosti s konceptem a pozitivním výsledkem je to, že většina respondentů má zkušenosti pozitivní a zaznamenalo ve své praxi zlepšení stavu pacienta na základě aplikace BS. Z tohoto zjištění lze usuzovat, že BS má rozhodně nezastupitelné významné místo v ošetrovatelské praxi intenzivních pracovišť. A že by se tento koncept měl nadále do těchto pracovišť šířit a aplikovat, jedině tak se ošetrovatelská péče může stát terapeutickou.

Pozitivně vyšla také informace ohledně prvního setkání s konceptem (**otázka č. 7**). Nejvíce (41%) respondentů sice odpovědělo, že se poprvé setkali s BS na oddělení, kde nyní pracují, což je chvályhodným úkazem toho, že BS není v intenzivní péči neznámá, ale také 32% respondentů odpovědělo, že ve výuce v rámci studia, což potvrzuje fakt, že se koncept skutečně probojoval do osnov a je již zmiňovaným bodem výuky. Tento fakt bude mít určitě pozitivní vliv do budoucího zapojení do praxe.

Dotazník byl sestaven tak, aby došlo k postupné selekci skutečně pouze těch respondentů, kteří s BS pracují. Tento fakt sice poněkud snížil celkový počet respondentů, ale přidal na validitě dat.

Závěr

Na závěr bych ráda shrnula a zhodnotila obsah své bakalářské práce. Teoretická část práce pojednává zejména o podstatě konceptu Bazální stimulace (dále jen BS) o jeho historii ve světě i v ČR, popisuje základní principy konceptu a jeho neopomenutelný význam v klinické praxi. Dále jsou podrobně popsány jednotlivé prvky konceptu a rozebrána důležitost a význam biografické anamnézy.

Hlavním cílem empirické části bylo zmapovat užití konceptu v intenzivních provozech Oblastní nemocnice Náchod. Předem bylo stanoveno také několik dílčích cílů, které bych nyní ráda připomenula a zhodnotila. Součástí zhodnocení je návrh řešení některých nedostatků vzešlých z průzkumného šetření (viz jednotlivé dílčí cíle).

Původní předpoklad, že na odděleních nebude vytvořena žádná dokumentace, a že respondenti nebudou užívat biografickou anamnézu, se nepotvrdil. Vysvětleno v diskuzi s ohledem na proběhlou certifikaci.

Základní i dílčí cíle průzkumného šetření se však **podařilo splnit**. Výsledky tohoto zjištění jsou uspokojivé, podrobný popis v kapitole diskuze.

Cíl č. 1 – zmapovat zkušenosti a vědomosti sester pracujících v intenzivní péči s konceptem BS.

Z průzkumného šetření je zřejmé, že zkušenosti a vědomosti sester s konceptem jsou poměrně na dobré úrovni. Tento fakt je do jisté míry ovlivněn nedávno proběhlou certifikací Interního oddělení a ARO. Z průzkumu vyplynulo, že na ostatních odděleních jsou v tomto směru značné rezervy, ale rozhodně většina respondentů o BS již minimálně slyšela, nebo se pokouší některé prvky aplikovat. Ukázalo se, že významně chybí znalosti a základní spojitosti ze základního kurzu BS. Zajímavým jevem v tomto směru je bohužel fakt, že se našlo oddělení, kde staniční sestra sice tvrdí, že se na jejich pracovišti BS provádí, ale z průzkumu vyšlo jednoznačně opačné tvrzení.

Návrh řešení: Jsem přesvědčena, že některé prvky BS se neaplikují, nebo jsou aplikovány nesprávně pouze z nedostatku informovanosti, doporučuji proškolit větší část personálu v intenzivní péči minimálně základním kurzem BS. Myslím, že by to bylo v tomto směru prospěšné a významně by se to podepsalo na kvalitě ošetrovatelské péče.

Cíl č. 2 - Zmapovat povědomí a současnou aplikaci (užívání) biografické anamnézy v intenzivních oborech ONN a. s.

Dotazník mapuje všeobecné vzdělání sester, kde došlo k zajímavému zjištění viz. kap. diskuze. U lůžka pracuje více vysokoškolsky vzdělaných sester než ve funkci. Dotazník však mapuje i vzdělání ohledně BS, kde bylo zjištěno, že 54% respondentů neabsolvovalo žádný kurs BS ani žádný ústavní seminář. Vzhledem k tomu, že je to více než polovina respondentů navrhuji tento kurz absolvovat z důvodu snadnější aplikace do praxe a zajištění kontinuity ošetrovatelské péče. Z vlastní zkušenosti vím, že pokud není nikdo, kdo kurzem prošel, nebo je to pouze menšina na celém oddělení – nedostává se klientovi takové péče, jakou by si zasloužil a jakou je možné v rámci konceptu poskytnout.

Cíl č. 3 - Zmapovat současnou situaci vzdělávání u všeobecných sester na JIP a ARO v konceptu BS.

I tady jsou výsledky uspokojivé 89% respondentů odpovědělo, že biografickou anamnézu užívají. Problém vidím pouze ve způsobu získávání a v zápisu, kdy někteří uvádějí pouze rozhovor s rodinou a někteří dokonce výpis z lékařské dokumentace či pozorování. Taková data jsou nedostačující pro použití v konceptu. V příloze č. 1 tedy přikládám vypracovaný dotazník pro odběr biografické anamnézy od rodiny.

Cíl č. 4 - Zmapovat spolupráci lékařů v konceptu v ONN a. s.

Z průzkumu je zřejmé, že se lékaři všeobecně do konceptu spíše nezapojují, ale dodržují zavedené základní zásady konceptu BS. Podporu ze strany lékařů pocítuje částečně 39% respondentů (většina), 37% respondentů podporu ze strany lékařů spíše nepocítuje. Tento cíl je také podrobně řešen v kapitole diskuze. Výsledek tohoto cíle mě mile překvapil. I přesto by bylo vhodné, kdyby se někdo ze stran lékařů do konceptu aktivně zapojil, tzn. absolvoval také kurz bazální stimulace, nebo alespoň nějaký ústavní seminář. Jsem přesvědčena, že by se pohled na bazální stimulaci výrazně změnil.

Celkově dopadlo průzkumné šetření lépe, než jsem předpokládala a doufám, že BS i nadále bude pronikat do intenzivních i ostatních provozů ONN a. s. Protože je velká škoda, že stále není součástí ošetrovatelské péče.

Anotace

Autor:	Lucie Křepelková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Bazální stimulace v intenzivní péči (využití biografické anamnézy)
Vedoucí práce:	PhDr. Michaela Schneiderová
Počet stran:	114
Počet příloh:	9
Rok obhajoby:	2012
Klíčová slova:	Bazální stimulace, biografická anamnéza, ošetrovatelská dokumentace, zkušenosti sester, spolupráce lékařů

Bakalářská práce je zaměřena na Bazální stimulaci a její využití v intenzivních provozech ONN a. s. Teoretická část pojednává o historii, vzniku a vývoji konceptu, zavedení konceptu do ČR, rozebírá biografickou anamnézu a ve velké části obsahuje podrobný rozbor jednotlivých prvků BS.

V praktické části je těžištěm kvantitativní průzkumné šetření provedené v intenzivních provozech Oblastní nemocnice Náchod. Zkoumaným vzorkem byly registrované všeobecné sestry pracující v intenzivních provozech ONN a. s. Základním cílem bylo zmapovat užití konceptu v intenzivní péči, zkušenosti a vědomosti sester pracujících v intenzivní péči s konceptem BS. Zmapovat současnou situaci vzdělávání u všeobecných sester na JIP a ARO v konceptu BS. Zmapovat povědomí a současnou aplikaci (užívání) biografické anamnézy v intenzivních oborech ONN a. s. A spolupráci lékařů v konceptu s pohledu sester.

Bachelor thesis is focused on Basal stimulation and it's using in intensive care units
ONN a. s.

Theoretical part of the thesis deals with history, origin and evolution of the concept, introducing the concept to the Czech Republic and analysys biographical anamnesis. It contains a detailed analysys of the main elements of concept of Basal stimulation in the great part.

The practical part is the focus of quantitative observational study carried out in the intensive care units of the Regional Hospital. The object of studying were the registred nurses working there. The main aim was to describe and chart using of the concept in intensive care, experiences and knowledges of the nurses working there according to koncept BS. The chart actualy situation of schooling of the nurses in the concept. At last but not the least it's purpose was to chart of awareness, actually aplication of biographical anamnesis to practice and cooperation of the doctors.

Použitá literatura a prameny

MONOGRAFIE

FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 168s. ISBN 978-80-247-1314-4

SESLÁŘOVÁ, P., A KOL. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2008. 248s. ISBN 978-80-247-1613-8

BÁRTLOVÁ, S., *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 146s. ISBN 80-7013-416-x

KOLEKTIV AUTORŮ., *Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi*. 1. vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o., 2009. 70s. ISBN 978-80-254-5815-0

FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace pro učitele předmět ošetrovatelství I. A 2. díl*. 3. vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2009. 100s. ISBN 80-239-6132-2

FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace*. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz bazální stimulace. Základní modul I. 9. vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o., 2010. 30s.

FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace. Skriptum pro certifikovaný nástavbový kurz Bazální stimulace*. 7. vyd. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace s.r.o., 2009. 24s.

FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace u pacientů n ARO a JIP. Ročenka intenzivní medicíny*. Praha: Galén, 2003. s. 313 – 316. ISBN 80-7262-227-7

TROJAN, S. a KOL., *Lékařská fyziologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 772 s. ISBN 80-2470-512-5

LANGMEIER, J., LANGMEIER, M., KREJÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie s úvodem do vývojové neurofyzologie*. Praha: HaH, 1998. ISBN 80-86022-37-4

FRÖHLICH, A., Basale Stimulation. Das Konzept. 1. Vyd. Düsseldorf: Verlag selbestimmtes Leben, 1998. ISBN 3-910095-31-3

PICKENHAIN, L., Basale Stimulation. Neurowissenschaftliche Grundlagen. 2. Vyd. Düsseldorf: Verlag selbestimmtes Leben, 2000. ISBN 3-910095-32-1

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace, pojetí konceptu*. Sborník Multioborové, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Olomouc: 2002, [online] s. 80 - 83. ISBN 80-247-0536-2 [cit. 2012-03-23]. Dostupné na http://www.bazalni-stimulace.cz/cl_bs_koncept.php

FRIEDLOVÁ, K., *Co je bazální stimulace*. [online], [cit. 2012-03-23]. Dostupné na http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php

PUBLIKOVANÉ ČLÁNKY

DRÁPALOVÁ, R., Využití konceptu bazální stimulace. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen,s.r.o. ISSN 1213-0494. 2009. roč. 10. č.4, s. 269 - 271

LIŠKOVÁ, M., Pacient s coma vigile v domácí péči. *Porozumění*. Chodov: Denní centrum Mateřídouška, o.p.s. ISSN 1210-0404. 2005. roč. 1 č.3, s. 10-11

FRIEDLOVÁ, K., Bazální stimulace v práci sestry. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. ISSN 1210-0404. 2003. Roč. 13, č.1. s. 14-16

MECHOVÁ, I., MAJKUSOVÁ, K., Bazální stimulace na JIP. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. ISSN 1210-0404. 2006. Roč. 16, č. 12, s. 30-31

DIPLOMOVÉ A BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

KLIMEŠOVÁ, P. *Basální stimulace v ošetrovatelské praxi*, obhájenou na Lékařské Fakultě Masarykovy Univerzity v Brně v r. 2008. 77s.

LAPČÍKOVÁ, E. *Příjmová ošetrovatelská dokumentace pro koncept Bazální stimulace v práci sester v geriatrické péči*. Diplomová práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity v Ostravě v r. 2007. 114s.

WOLFOVÁ, V. *Implementace konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské praxe, kazuistiky*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v r. 2006.

NOVOTNÁ, L. *Bazální stimulace*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2008. 111s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Seznam obrázků

Obr. 1	Schematické znázornění motorického „homunkula“ a pyramidové dráhy	16
Obr. 2	Rozdělení prvků bazální stimulace	21
Obr. 3	Svalové napětí	29

Seznam tabulek

Tab. 1	Věk respondentů	s. 50
Tab. 2	Pohlaví	s. 51
Tab. 3	Pracoviště	s. 52
Tab. 4	Vzdělání	s. 53
Tab. 5	Odpracované období	s. 54
Tab. 6	Pracovní zařazení	s. 55
Tab. 7	První seznámení s Bazální stimulací	s. 57
Tab. 8	Absolvovaný kurz BS	s. 58
Tab. 9	Proč není aplikována BS na některých odděleních	s. 59
Tab. 10	Význam BS pro pacienta	s. 60
Tab. 11	Teoretické znalosti	s. 61
Tab. 12	Praktické dovednosti	s. 61
Tab. 13	Nejvíce využívané stimulační	s. 62
Tab. 14	Preferované prvky somatické stimulace	s. 63
Tab. 15	Polohování	s. 63
Tab. 16	Jak zahájit komunikaci	s. 64
Tab. 15	Polohování	s. 64
Tab. 16	Jak zahájit komunikaci	s. 64
Tab. 17	Vybrané stavy	s. 65
Tab. 18	Biografická anamnéza	s. 66
Tab. 19	Spolupráce s rodinou	s. 67
Tab. 20	Způsob získávání biografických dat	s. 68
Tab. 21	Dokumentace pro BS	s. 69
Tab. 22	Kvalita dokumentace	s. 69
Tab. 23	Zapojení lékařů do BS	s. 70
Tab. 24	Dodržování zásad BS	s. 72
Tab. 25	Podpora ze strany lékařů	s. 73
Tab. 26	Zlepšení stavu pacienta	s. 75

Seznam grafů

Graf 1	Věk respondentů	s. 50
Graf 2	Pracoviště	s. 52
Graf 3	Vzdělání	s. 53
Graf 4	Odpracované období	s. 54
Graf 5	Pracovní zařazení	s. 55
Graf 6	Vzdělání sester	s. 56
Graf 7	První seznámení s BS	s. 57
Graf 8	Absolvovaný kurz BS	s. 58
Graf 9	Aplikace prvků BS na oddělení	s. 59
Graf 10	Význam BS pro pacienty	s. 60
Graf 11	Teoretické znalosti	s. 61
Graf 12	Praktické dovednosti	s. 61
Graf 13	Nejvíce využívaná stimulace	s. 62
Graf 14	Preferované prvky somatické stimulace	s. 63
Graf 15	Jak zahájit komunikaci	s. 64
Graf 16	Použití BS u každého klienta	s. 65
Graf 17	Biografická anamnéza	s. 66
Graf 18	Spolupráce s rodinou	s. 67
Graf 19	Užití biografické anamnézy	s. 68
Graf 20	Dokumentace pro BS	s. 69
Graf 21	Zapojení lékařů do BS	s. 70
Graf 22	Zapojení lékařů do BS na jednotlivých odděleních	s. 71
Graf 23	Dodržování zásad BS	s. 72
Graf 24	Dodržování zásad BS na jednotlivých odděleních	s. 72
Graf 25	Podpora ze strany lékařů	s. 74
Graf 26	Podpora ze strany lékařů na jednotlivých odděleních	s. 74
Graf 27	Zkušenosti s využitím BS	s. 75
Graf 28	Zkušenosti s využitím BS na jednotlivých odděleních	s. 75
Graf 29	Zlepšení stavu pacienta	s. 76
Graf 30	Zlepšení stavu pacienta na jednotlivých odděleních	s. 76

Seznam příloh

Příloha 1	Biografická anamnéza
Příloha 2	Edukační materiál + dokumentace pro BS
Příloha 3	Dotazník
Příloha 4	Zklidňující a povzbuzující stimulační (koupele)
Příloha 5	Neurofyzilogická koupel a masáž stimulační dýchání
Příloha 6	Fotodokumentace
Příloha 7	Teoretická východiska konceptu
Příloha 8	Povolání k výzkumu
Příloha 9	Certifikát BS

Příloha 1

BIOGRAFICKÁ ANAMNÉZA V KONCEPTU BAZÁLNÍ STIMULACE

Pán/paní.....Věk.....

INICIÁLNÍ DOTEK – MÍSTO :

Tělesná péče

☐ levák ☐ pravák

Osobní hygiena: ☐ denně ☐ ráno ☐ večer ☐ týdně – kolikrát?

Upřednostňuje: ☐ koupel ☐ sprcha

Teplota vody: ☐ chladná ☐ vlažná ☐ teplá ☐ horká

K mytí používá :

Rituály při mytí ?

Stav pokožky : ☐ normální ☐ suchá ☐ mastná ☐ jiná:

Toaletní potřeby: ☐ nemá ☐ budou přineseny ☐ k dispozici

Např. oblíbený sprchový gel, šampón, krém, deodorant, parfém, voda po holení, pomáda na rty

Holení: ☐ žiletkou ☐ elektrický strojek – má vlastní ☐ ano ☐ ne

Péče o zuby: ☐ ráno ☐ večer

Vlastní kartáček a pasta? ☐ ano ☐ ne ☐ elektrický kartáček

Zubní protéza? ☐ ne ☐ ano ☐ horní ☐ dolní

Nehty : ☐ vlastní ☐ gelové

Tělesný kontakt

Je zvyklý na tělesný kontakt? ☐ ano ☐ ne

Na kterém místě nemá rád dotek?

Spánek

Obvykle spí na: ☐ záda ☐ břicho ☐ pravý bok ☐ levý bok

Jak spí? ☐ chodí časné spát ☐ chodí pozdě spát

☐ spí ráno dlouho ☐ vstává velmi časné

☐ v noci se budí ☐ odpolední spánek

Kolik hodin denně spí? Má hodně zatemněno při spánku? ☐ ano ☐ ne

Způsob zakrytí? ☐ lehce ☐ po ramena ☐ po krk ☐ jinak

Výživa

Upřednostňuje chutě: ☐ sladké ☐ slané ☐ kyselé ☐ ostré

Teplota jídla: ☐ teplé ☐ vlažné ☐ studené

Konzistence: ☐ měkké ☐ pevná strava ☐ tekutá strava

Oblíbený nápoj:

Oblíbený pokrm:

Nesnáší:

Přinesené vlastní předměty (např. hrnek).....

Vlastní přinesené poživatiny

Vyprazdňování

Problémy s močením: ☐ ano ☐ ne

Jaké?

Při inkontinenci užívá: ☐ ink. vložky ☐ plenkové kalhotky ☐ perm. katetr

Problémy se stolicí: ☐ ano ☐ ne

Jaké?.....

Rituály při vyprazdňování?.....

Co pomáhá při vyprazdňování?.....

Sluch

Sluch postižen: ☐ ano ☐ ne ☐ vpravo ☐ vlevo

Specifikujte postižení.....

Naslouchátko: ☐ ano ☐ ne ☐ L ucho ☐ P ucho ☐ obě uši

Oblíbená hudba, popř. rozhlasové či TV pořady.....

Zvuky, na které je zvyklý.....

Přinesené předměty.....

Zrak

Porucha zraku: ☐ ano ☐ ne ☐ vpravo ☐ vlevo

Specifikujte:.....

Brýle: ☐ ano ☐ ne ☐ čočky: ☐ ano ☐ ne

Medikace: ☐ oční kapky ☐ oční masti

Přinesené předměty:.....

Regulace tělesné teploty

Trpí na: ☐ pocení ☐ je mu často zima ☐ nic zvláštního

Jiné, specifikujte:.....

Pohyb, tělesná aktivita

Zvyklý na pravidelnou tělesnou aktivitu? ☐ ano ☐ ne

Specifikujte pohybové aktivity, návyky:.....

Specifikujte a lokalizujte postižení.....

Kompenzační pomůcky:.....

Způsob života

Povolání:.....

Koníčky, zájmy.....

Děti, vnoučata.....

Zvířata.....

Přinesené předměty vztahující se k povolání, zájmům.....

Víra.....

Jak snáší bolesti.....

Jak zvládá zátěžové situace.....

Jak relaxuje?.....

Důležitý zážitek v poslední době.....

JINÉ.....

Anamnézu sepsal/a :Dne.....

Dotazy zodpověděl/a : Je v poměru ke klientovi :

Příloha 2 - Dokumentace BS

BAZÁLNÍ STIMULACE NA ARO – edukační leták

V naší péči se právě ocitá Váš příbuzný, partner nebo přítel.

Je v prostředí neznámém, obklopen spoustou hadiček, přístrojů, zahlcen neznámými zvuky a oslnivým světlem.

Je zcela odkázán na naši ošetrovatelskou péči. Kolektiv našeho oddělení si tuto skutečnost plně uvědomuje, a proto se snažíme o osobní a lidský přístup k nemocným, vytvořit atmosféru domova, respektovat potřeby, zvyky a osobnost samotného nemocného.

V odborné terminologii se tento přístup péče jmenuje **Bazální stimulace**.

Zapojení příbuzných do tohoto procesu je pro nás nezbytné.

Zcela konkrétně to pro Vás znamená, že nám v anamnéze, kterou s Vámi sepíšeme, sdělíte některé zvyky a potřeby Vašeho příbuzného, jeho koníčky, zájmy a přání. Pomůžete nám vytvořit zdání domova a tím navodit pocit klidu a bezpečí.

Abychom Vašemu příbuznému mohli co nejvíce zpříjemnit péči o jeho tělo, podpořili znovuprobuzení jeho sluchových a zrakových vzpomínek, či zprostředkovali vnímání chutí a vůní, prosíme Vás o spolupráci a přinesení těchto věcí:

Jeho osobní oblíbené toaletní potřeby (sprchový gel, tělové mléko, krém na obličej, parfém, zubní pastu, měkký zubní kartáček, pomádu na rty, vodu po holení, holicí strojek)

Froté ponožky, které použijeme jako žinku při provádění zklidňujících koupelí, nebo k uvědomění si hranic vlastního těla. (postačí obyčejné – z hygienických důvodů vám je nebudeme moci vrátit)

Dle možností přehrávač se sluchátky a oblíbenou hudbu, relaxační hudbu, nahrané hlasy dětí, rodiny, oblíbeného zvířete nebo zvuků, které patřily ke každodennímu životu vašeho příbuzného

Fotografie jeho nejbližších, případně malby dětí či fotografie z dovolených, domova, oblíbený obrázek (vše zvětšené s možností vložení do omyvatelné A4 folie)

Malé množství domácí stravy (oblíbené omáčky, polévky – bez drobných kousků, nejlépe mixované, jogurt, čokoládu, kousky ovoce, lízátko atd.)

Oblíbené nápoje (džus, cola, pivo, víno, minerálka...)

Stravu a nápoj pak budeme pacientovi v malém množství vkládat do úst, či ústa pouze vytírat a to i v případě že je živěn žaludeční sondou – aktivujeme paměťové dráhy, obnovujeme sací a polykací reflex.

Předem děkujeme za spolupráci a jsme připraveni kdykoli zodpovědět Vaše dotazy.

Ošetřující personál ARO

Realizace výkonů BS



Oblastní nemocnice Náchod a.s.

REALIZACE VÝKONŮ BAZÁLNÍ STIMULACE

list č. _____

název oddělení: _____

postel č. _____

jméno a příjmení : _____

rodné číslo: _____

Datum		den		noc		den		noc		den		noc		den		noc	
tlumení																	
iniciální dotek																	
Somatická stimulace	celková koupel osvěžující																
	celková koupel zklidňující																
	propletení prstů na rukou																
	prokřídlení dolních končetin																
	položení rukou na hrudník																
	kontaktní dýchání																
	masáž stimulující dýchání																
	poloha hřízdo																
	poloha mumie																
	mikropohovávání																
	somatická masáž obličeje																
	asistované mytí																
asistované čištění zubů																	
Vestibulární stimulace	otáčení hlavy																
	polohování																
	pohyb ovesného klasu																
Orální stimulace	pomocí čeho:																
Optická stimulace	obrázky																
	folky																
	televize																
	předměty																
Auditivní stimulace	rádio																
	MP 3																
	discman																
	hlas příbuzného																
	rozhovor																
Tactilní stimulace	oblíbený předmět																
	osobní věc																
Jiné																	
Podpis a razítko sestry																	

Záznam reakcí pacienta na BS

[illegible]

Souhlas s pořízením fotografií a videozáznamů



Oblastní nemocnice Náchod

Obecný souhlas pacienta, rodinn. příslušníka, zákonného zástupce S POŘIZOVÁNÍM FOTOGRAFIÍ, VIDEOZÁZNAMŮ

Zdravotnické zařízení:

Pracoviště (klinika, oddělení):

Sestra, která odebrala souhlas (titul, jméno a příjmení):

Pacient:

(Jméno, příjmení, datum narození, číslo pojištěnce)

Pacient, rodinný příslušník, zákonný zástupce, byl seznámen s pořizováním opisů, výpisů a kopií zdravotnické dokumentace, pořizováním fotografií a videozáznamů a to za účelem vzdělávání, přednášek a prezentací na téma BAZÁLNÍ STIMULACE.

☐ ANO

☐ NE

Pacient, rodinný příslušník, zákonný zástupce, SOUHLASÍ s pořizováním opisů, výpisů a kopií zdravotnické dokumentace, pořizováním fotografií a videozáznamů a to za účelem vzdělávání, přednášek a prezentací na téma BAZÁLNÍ STIMULACE.

☐ ANO

☐ NE

Manželka/partnerka/družka:

Manžel/partner/druh:

Otec:

Matka:

Syn:

Dcera:

Další osoby:

Místo podpisu

Datum a čas

Podpis lékaře

Podpis pacienta

Příloha 3 - Dotazník

Vážená kolegyně/vážený kolego,

jmenuji se Lucie Křepelková a jsem studentkou III. Ročníku Ošetrovatelství na Lékařské Fakultě, Karlovy Univerzity v Hradci Králové.

Ráda bych Vás požádala o spolupráci při vyplnění **dotazníku**, jehož výsledky se stanou součástí bakalářské práce na téma: „**Bazální stimulace v intenzivní medicíně**“. Cílem tohoto šetření je zmapovat názor, povědomí a zkušenosti všeobecných sester pracujících v intenzivních oborech o konceptu Basální stimulace (dále jen BS).

Šetření probíhá pouze na půdě ONN a. s. a nemá žádnou souvislost s nedávno proběhlou akreditací v konceptu BS.

Návod k vyplnění:

Vybírejte, prosím z nabízených možností jednu, nebo více odpovědí podle toho, která Vám nejvíce vyhovuje a odpovídá skutečnosti. V případě doplňujících otázek je Vám poskytnut prostor pro odpověď.

Předem děkuji za čas strávený při vyplnění dotazníku.

Lucie Křepelková
wood.luc@post.cz

ARO – L tel: 242

1. Věk.....let

2. Pohlaví

☐ muž ☐ žena

3. Uveďte na kterém pracovišti v současné době pracujete?

- ☐ JIP interního typu
- ☐ JIP chirurgického typu
- ☐ JIP multioborová
- ☐ JIP neurologická
- ☐ ARO

4. Nejvyšší dosažené vzdělání

- ☐ SZŠ -všeobecná ☐ VOŠ ☐ VŠ ☐ VOŠ +ARIP
- sestra
- ☐ SZŠ + ARIP

5. Jak dlouho (kolik let) pracujete v oboru intenzivní péče?

..... let (zaokrouhlete na celá čísla)

6. Na pracovišti máte postavení (je možno zvolit více odpovědí):

12. Které stimulace z konceptu BS nejvíce využíváte na Vašem pracovišti?

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Somatická | <input type="checkbox"/> auditivní | <input type="checkbox"/> nevím, nejsem si |
| <input type="checkbox"/> vestibulární | <input type="checkbox"/> orální | <input type="checkbox"/> jistá odbornými |
| <input type="checkbox"/> vibrační | <input type="checkbox"/> olfaktorická | <input type="checkbox"/> názvy |
| <input type="checkbox"/> optická | <input type="checkbox"/> taktilně – | |
| | <input type="checkbox"/> haptická | |

13. Pokud jste zaškrtl/a první bod „**somatická**“ stimulace. Uvedte, kterým prvkům z této stimulace dáváte přednost Vy osobně? (u kolonky polohování zakroužkujte nejčastěji užívanou polohu)

Pokud nedošlo k zaškrtnutí somatické stimulace, ot. č. 13 vynechejte.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Celková zklidňující koupel | <input type="checkbox"/> Diametrální koupel |
| <input type="checkbox"/> celková povzbuzující koupel | <input type="checkbox"/> polohování Mumie |
| | <input type="checkbox"/> Hnízdo |
| <input type="checkbox"/> neurofyzilogická koupel | <input type="checkbox"/> mikropolohování |
| <input type="checkbox"/> rozvíjející koupel | <input type="checkbox"/> Masáž stimulující dýchání |
| | <input type="checkbox"/> Kontaktní dýchání |

14. Jakým způsobem nejčastěji zahajujete komunikaci s pacientem v rámci konceptu BS?

.....

15. Používáte koncept BS u každého pacienta?

- ☐ Ano ☐ ne

Pokud je předchozí odpověď „NE“ zaškrtněte které pacienty upřednostňujete?

- *Kraniocerebrální poranění*
- *Stavy po iktu*
- *Polytraumatizovaní pacienti*
- *Pacienti po operaci*
- *Neklidní pacienti*
- *Pacienti v terminálním stavu*
- *Pacienti po KPCR*
- *Epilepsie*
- *Jiné.....*

16. Domníváte se, že pro koncept BS je důležitá biografická anamnéza?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím, nepřemýšlela jsem o tom

17. Spolupracujete s rodinou nemocného při aplikaci konceptu BS?

- ☐ Ano ☐ spíše ne

18. Užíváte na Vašem pracovišti biografickou anamnézu?

- ☐ Ano ☐ ne

Pokud **ANO**, jakým způsobem získáváte biografické informace o pacientovi potřebné k provedení komplexní bazální stimulace včetně nastavbových prvků?

- ☐ Rozhovorem s příbuznými
☐ Dotazník vyplněný sestrou
☐ Dotazník vyplněný příbuznými
☐ Pozorování
☐ Výpis z dokumentace (lékařské překladové zprávy, sesterské překl. zprávy atd.)
☐ Jiným způsobem, jakým.....

19. Máte na Vašem pracovišti vypracovanou dokumentaci pro koncept BS?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ částečně ☐ nevím, nezajímala jsem se o tuto problematiku

Pokud **ANO**, myslíte si, že je tato dokumentace dostačující k zajištění kontinuity procesu a získání potřebných informací?

- ☐ Asi ano ☐ Asi ne ☐ nevím, nepřemýšlela jsem o tom
☐ Ano ☐ Ne

20. Zapojují se lékaři do aplikace konceptu BS na Vašem pracovišti?

- ☐ Ano ☐ spíše ne
☐ Spíše ano ☐ ne

21. Dodržují lékaři Vaše zavedené základní zásady konceptu BS při komunikaci s pacientem?

- ☐ Ano ☐ spíše ne
☐ Spíše ano ☐ ne

22. Cítíte podporu v provádění BS ze strany lékařů?

- ☐ Ano ☐ Ne ☐ spíše ne ☐ spíše ano

23. Vaše zkušenost s využitím BS v praxi je (prosím, zakroužkujte):

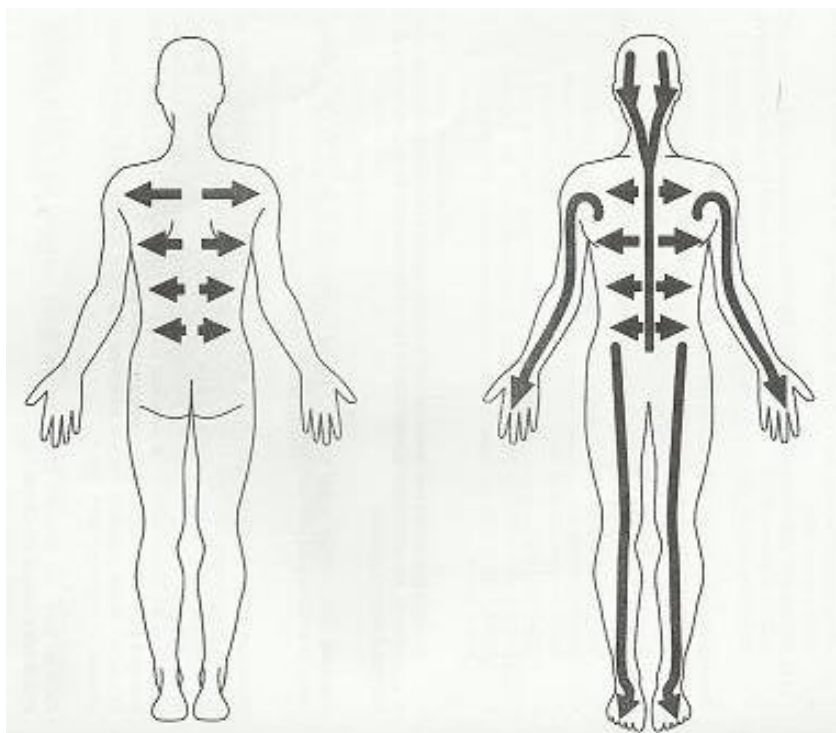
velmi dobrá 1 2 3 4 5 špatná

24. Zaznamenal/a jste ve své praxi zlepšení stavu pacienta na základě využívání bazální stimulace?

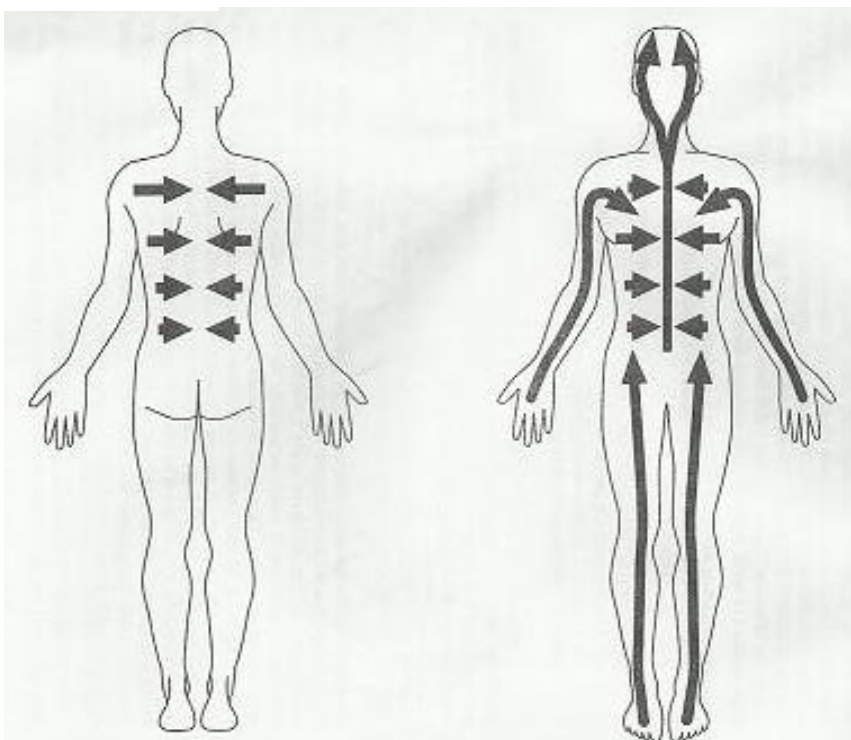
- ☐ Ano ☐ Nikdy
☐ Ne příliš často ☐ Nemohu posoudit

Příloha 4

Zklidňující koupel

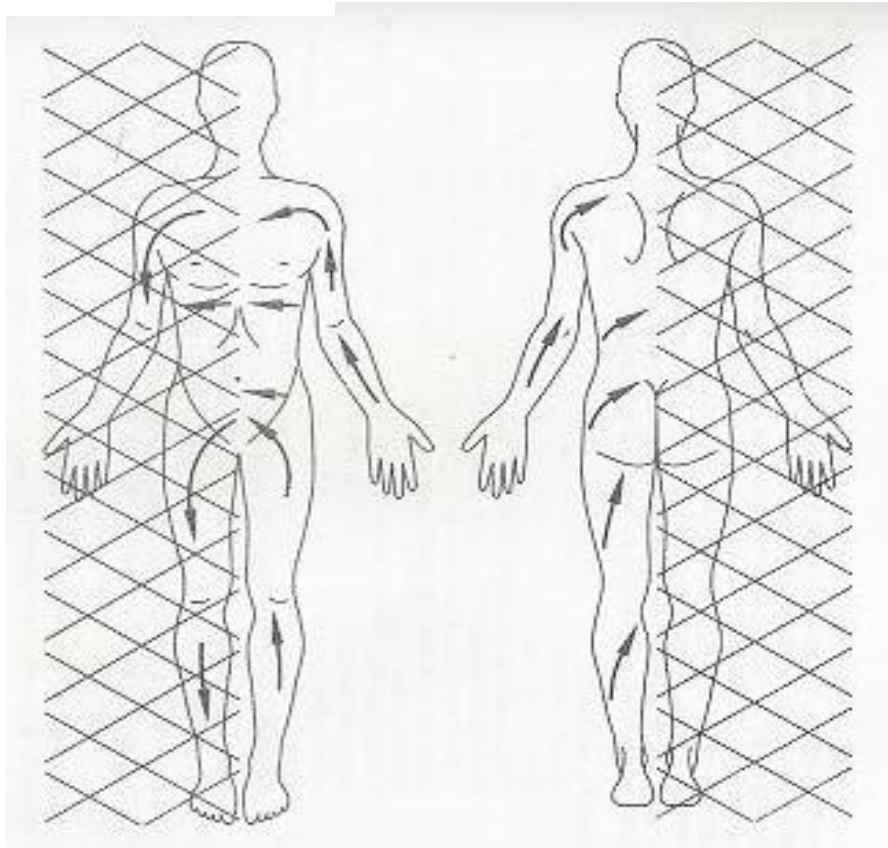


Povzbuzující koupel

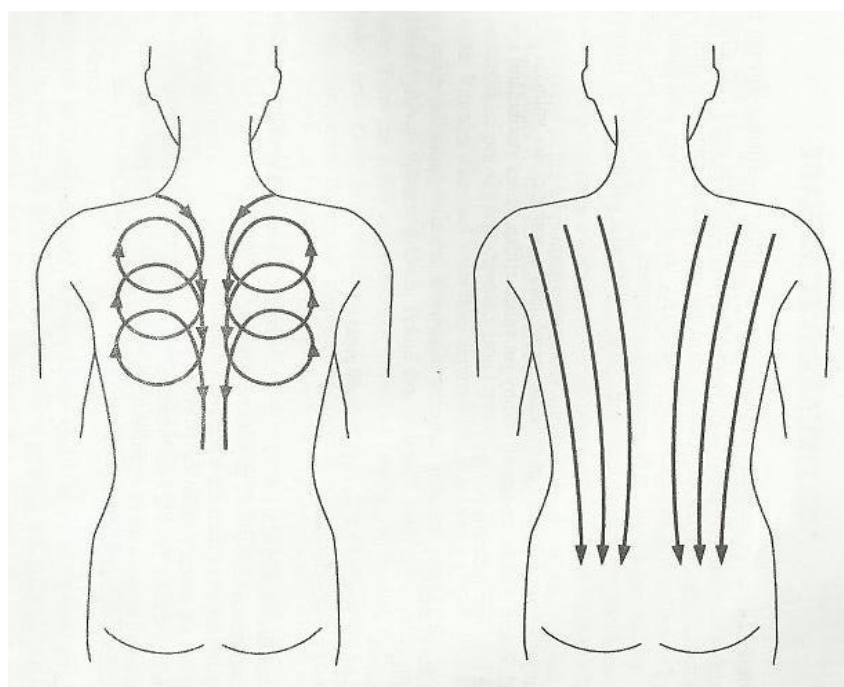


Příloha 5

Neurofyzilogická koupel



Masáž stimuluující dýchání



Příloha 6

1 pohled z intenzivního lůžka



2 pohled z intenzivního lůžka



3 Orientace v čase u každého lůžka



4 Pohled okolo lůžka



5 Pohled okolo lůžka - BS





6 Olfaktorická stimulace

7 Orální stimulace



**8 Reakce na orální stimulaci,
klientka saje**

9 Auditivní stimulace



10 kontaktní dýchání



11 Taktilně haptická stimulace



12 Označení iniciálního doteku



13 propletené dolní končetiny





14 Poloha hnízdo



I tak se nám pacienti vrací :-)



Příloha 7

Teoretická východiska konceptu

Hybnost

Pohyb je pro člověka takovou přirozeností, jako vnímání a komunikace. Provází člověka nejen celým životem, ale také prenatálním obdobím. Pohybu předchází myšlenka a pohyb, proto od sebe nelze vnímání a pohyb oddělit (Friedlová, K. 2007). První spontánní pohyby byly sonograficky pozorovány na konci 6. Týdne embryonálního vývoje. První reflexní odpověď je možné vybavit u sedmitýdenního embrya (Friedlová, K., 2007)

Vývoj hybnosti

Po narození probíhá vývoj ve čtyřech stádiích. Stadium **holokinetické** se vyznačuje nekoordinovanými pohyby všech končetin a patří sem i reflexy. Stadium trvá od narození zhruba do druhého měsíce. Na konci druhého měsíce pohybuje kojenec samostatně jednou končetinou, postupně se objevuje souhra ruka – ústa, jedná se o stádium **monokinetické**, které trvá do pěti měsíců věku. **Dromokinetické** stadium hybnosti trvá asi do 1 roku života dítěte a vyznačuje se správným, cíleným směrem pohybů dítěte. Od jednoho roku dál se jedná o **kratikinetické** stadium hybnosti, dítě si osvojuje jednotlivé hybné funkce tak, že dosáhne určitého stupně dokonalosti a pak se zdánlivě vrací, aby mohlo konsolidovat své schopnosti pro další vývojový skok (Trojan, 2003). Vývoj hybnosti je ukončen kolem 25. Roku života.

Stimulace a podpora motoriky

První formou inteligence u člověka je forma senzomotorické inteligence a trvá po celý první rok života. Toto období je základem veškerého myšlení. Senzomotorika obsahuje aktivity, které se následně týkají vnímání, držení těla a pohybu. Podobné je to u pacientů, kteří následkem úrazu či onemocnění sklouzli do nižších vývojových stadií a musí stejně jako dítě na počátku svého vývoje řešit problémy senzomotorikou, protože se nemohou verbálně vyjadřovat. Průlomovým v tomto směru se stal koncept manželů Bobathových. Kteří se zabývají přípravou pro zvládnutí motorického vývoje a u dospělých o opětovné dosažení těchto vývojových stadií po poškození mozku. Základem jsou inhibice spasticity a patologických pohybových vzorů a reflexů a facilitace fyziologických pohybových vzorů. (Friedlová, K. 2007)

Důležitý je také vlastní nácvik změny svalového tonu a pohybů pod vědomou kontrolou. Schopnost pohybů může být opět obnovena díky určitým formám cvičení. K realizaci nějakého úkonu vznikají v neuronální síti mozku funkční systémy s vlastní organizací. Tyto systémy jsou opakováním této činnosti (úkonu) zpevňovány, variabilně stabilizovány a po určitém čase jsou integrovány do programů jednání s vyšší organizací. Tímto způsobem dochází k tvorbě nové struktury v mozku (Pickenhein, 200).

Komunikace

Komunikace je vědomá činnost lidského chování a je stejnou přirozeností jako vnímání a hybnost. Člověk nemůže, nedokáže nekomunikovat. Člověk je sociální bytost a potřebuje „být ve spojení“. Schopnost komunikovat má zřetelný vliv na kvalitu života. Je to kompletní jev, kdy spolupracují všechny smyslové orgány, mozek a také duševní pocity. Komunikace je proces, během kterého na sebe účastníci vzájemně působí. Skládá se z pěti složek, pokud některý z nich chybí, komunikace nemůže probíhat (Friedlová, 2007).

Složky komunikačního procesu:

Komunikátor = mluvčí (osoba, od které vychází sdělení)

Komunikant = příjemce (osoba, které je sdělení určeno)

Komuniké = vysílaná zpráva

Zpětná vazba = informace o tom, že zpráva byla přijata

Kontext = prostředí a situace, ve které komunikace probíhá (významně ovlivňuje komunikaci a sdělení)

Pro úspěšnou komunikaci musí být splněny **základní podmínky:**

Komunikant i komunikátor musí být schopni informace vnímat, analyzovat a reagovat na ně, ale také musí chtít, umět a moci komunikovat (Friedlová, 2007)

Komunikace v konceptu

Tělesný i duševní život člověka je proces, který probíhá v interakci mezi pohybem, vnímáním a komunikací v kontextu sociálního prostředí. Pohyb, vnímání a komunikace k sobě neodmyslitelně patří a vzájemně se ovlivňují.

Verbální komunikace závisí na úrovni vnímání, schopnosti vyslovovat, znalosti komunikačního jazyka, výšce hlasu, intonaci a schopnosti analyzovat význam slov. Nonverbální komunikace je ovlivněna úrovní vědomí, schopností vykonat pohyb, možnostmi využití jiných komunikačních kanálů než auditivního. Vnímání není možné bez

smyslových orgánů. Na druhou stranu všechny smyslové orgány se mohou stát významným komunikačním kanálem.

Většinou prvním prvkem k navázání kontaktu je pohled. Klient ve vigilním komatu si tento luxus nemůže a neumí dovolit. Terapeut by měl tedy být schopen nabídnout vhodný komunikační kanál dle stavu a schopností klienta (Friedlová, K., 2007)

V rámci konceptu BS může být komunikační kanál:

- Somatický
- Vestibulární
- Vibrační
- Auditivní
- Optický
- Olfaktorický
- Taktilně-haptický

Komunikace potřebuje vždy nějaké prostředí a nějaké médium (transport našeho sdělení) okolnímu světu. Tímto médiem mohou být vůně, dotečky, chuťové vjemy, změna polohy těla a jiné fyzikální a chemické podněty působící na smyslové orgány člověka (komunikační kanály).

Reakce pacienta na takovou komunikaci mohou být někdy zcela nepatrné. Schopnost je zaznamenat a adekvátně na ně reagovat je pak nenahraditelná při poskytování bazálně stimulující ošetrovatelské péče (Friedlová, 2007).

Příloha 8



Oblastní nemocnice Náchod a.s.

Lucie Křepelková
ARO
Oblastní nemocnice Náchod a.s.

V Náchodě 10.1.2012

Žádost o povolení výzkumného šetření

Dobrý den,

souhlasím s provedením výzkumného šetření dotazníkovou formou na Interním oddělení JIP, Neurologickém oddělení JIP, Chirurgickém oddělení JIP a ARO Oblastní nemocnice Náchod a.s. na téma „Aplikace bazální stimulace v intenzivních provozech“ s tím, že tento výzkum bude anonymní a bude použit pouze pro Vaše studijní účely. Výsledky výzkumného šetření prosím zašlete k rukám hlavní sestry Mgr. Renaty Duškové na adresu Oblastní nemocnice Náchod a.s., Purkyňova 446, 547 69 Náchod.

S pozdravem

Mgr. Renata Dušková
hlavní sestra
Oblastní nemocnice Náchod a.s.

Oblastní nemocnice Náchod a.s.	Purkyňova 446, 547 69 Náchod	IČO: 260 00 202
Tel.: 491 601 111, 491 601 641	Fax: 491 427 904	DIČ: 243 - 260 00 202
Bankovní spojení: KB Náchod	č.ú.: 78-8883900227/0100	e-mail: info@nemocnicenachod.cz
Zapsaná v obchodním rejstříku u Krajského soudu v Hradci Králové, oddíl B, vložka 2333		

**INSTITUT BAZÁLNÍ
STIMULACE®**
IBS

INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o.
J. Opletala 680, 738 01 Frýdek-Místek
IČ: 25889966, DIČ: CZ25889966
Zapsán v obchodním rejstříku Krajského soudu Ostrava,
oddíl C., vložka 24700


INTERNATIONALER FÖRDERVEREIN
BASALE STIMULATION® E.V.

uděluje certifikát
PRACOVISŤE
BAZÁLNÍ STIMULACE
č. 12/IBS/2011
OBLASTNÍ NEMOCNICE
NÁCHOD A. S.
- ARO
Purkyňova 446, 547 69 Náchod
na základě supervize ze dne 4.11.2011
Základní akreditovaný kurz proběhl ve dnech: 25.-27.5.2011

Platnost certifikátu do 1.12.2014.


INSTITUT Bazální stimulace s.r.o.
J. Opletala 680
738 01 Frýdek-Místek
IČ: 25889966, DIČ: CZ25889966
608
in der Pflege

PhDr. Karolína Friedlová
Praxisbegleiter Basale Stimulation® in der Pflege

Vydal INSTITUT Bazální stimulace ve Frýdku-Místku dne: 1.12.2011